FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. N° 181.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 4 août 1855,

Par François-C. de Mahy,
né à Saint-Pierre (île Bourbon).

ESSAI SUR LES LÉSIONS TRAUMATIQUES QUE LA FEMME PEUT ÉPROUVER PENDANT L'ACCOUCHEMENT.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 31.

1855

1855. — de Maby.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. P. DUBOIS, DOYEN.	MM.
Anatomie	DENONVILLIERS.
Physiologie	BÉRARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	MOQUIN-TANDON.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Pharmacie	SOUBEIRAN.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. N. GUILLOT.
Pathologie chirurgicale	GERDY. J. CLOQUET.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	MALGAIGNE.
Thérapeutique et matière médicale	GRISOLLE.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	BOUILLAUD. ROSTAN, Examinateur. PIORRY. TROUSSEAU.
Clinique chirurgicale	VELPEAU. LAUGIER. NÉLATON, Président. JOBERT DE LAMBALLE.
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS.

Secrétaire, M. AMETTE.

Agrégés en exercice.

MM. ARAN.
BECQUEREL.
BOUCHUT.
BROCA.
DELPECH.
DEPAUL.
FOLLIN.
GUBLER.
GUENEAU DE MUSSY.
HARDY.
JARJAVAY, Examinateur.
LASÈGUE.

MM. LECONTE.
ORFILA.
PAJOT, Examinateur.
REGNAULD.
RICHARD.
RICHET.
ROBIN.
ROGER.
SAPPEY.
SEGOND.
VERNEUIL.
VIGLA.

A LA MÉMOIRE

DE MA MÈRE,

DE MA BELLE-MÈRE, DE MA GRAND'MÈRE,

DE MON GRAND-PÈRE, ET DE MES FRÈRES.

A MON EXCELLENT PÈRE,

A MA FEMME BIEN-AIMÉE.

A MON FRÈRE ET A MES SOEURS,

A MON BEAU-PÈRE ET A MES BEAUX-FRÈRES.

A MA FAMILLE.

A MM. BARTH, NÉLATON, BÉRARD,

JARJAVAY, ET PAJOT.

Hommage respectueux.

ESSAI

SUR LES

LÉSIONS TRAUMATIQUES

QUE LA FEMME PEUT ÉPROUVER PENDANT L'ACCOUCHEMENT.

> C'est l'expérience des autres qui doit nous instruire, leurs pensées nous éclairer, et, pour ainsi dire, leurs ailes nous porter, avant que nous puissions être inventeurs.
>
> (ZIMMERMANN, *Traité de l'expérience*.)
>
> L'accouchement est un acte fonctionnel; mais cet acte est toujours pénible, souvent il est dangereux. C'est un acte dans lequel deux existences sont en jeu.....

AVANT-PROPOS.

En choisissant un tel sujet de thèse, je n'ai pas eu la prétention de faire quelque chose de bien original. J'ai voulu seulement terminer mes études médicales, en donnant à mes juges une preuve de travail, tout en cherchant à être utile à mes semblables, en fournissant à ceux qui, comme moi, débutent dans la pratique, un tableau exact de la plupart des dangers auxquels sont exposées les femmes qui accouchent, et des moyens qu'on peut employer pour conjurer ces dangers ou les combattre.

L'accouchement est un acte fonctionnel; mais cet acte est toujours pénible, souvent il est dangereux. C'est un acte dans lequel deux

existences sont en jeu, et le médecin appelé à assister une femme en couches ne doit jamais oublier que de graves accidents peuvent tout à coup surgir, et menacer la vie de la femme et celle du nouvel être qu'elle va mettre au jour.

Ces accidents sont très-nombreux; les étudier tous, dans ce travail, serait au-dessus de mes forces et dépasserait par trop les limites ordinaires d'une thèse. Je me bornerai aux *lésions traumatiques qui peuvent compromettre le résultat de l'accouchement, par rapport à la femme seule.* On se convaincra, au reste, qu'à ce point de vue, les lésions traumatiques constituent les plus graves et les plus intéressantes complications de l'accouchement.

Parmi ces lésions traumatiques, il y en a dont la production est essentiellement liée à l'accouchement et qui ne pourraient se présenter en dehors (sauf des exceptions rarissimes) (1); il y en a d'autres qui rentrent dans la catégorie des lésions produites par l'effort. Mais l'état de couche imprime, même à ces dernières, un cachet de spécialité qui fait naître des indications particulières, en outre de celles qui existeraient, dans toute autre circonstance, pour des affections de même nature.

La rapidité avec laquelle la femme peut être emportée exige presque toujours un traitement prompt, un traitement d'urgence. Il est donc important que l'accoucheur ait présent à la mémoire l'ensemble des ressources que la science lui offre contre toute surprise. Ce n'est que muni de connaissances solides, qu'il aura la confiance en lui-même, la présence d'esprit, la décision, l'énergie, la fermeté toujours utiles à l'homme de l'art, mais dont la nécessité devient plus impérieuse encore pour l'accoucheur, en raison même des circonstances spéciales dans lesquelles il est placé par l'exercice de sa profession.

---

(1) Je fais ici allusion aux ruptures de matrice qui peuvent survenir lorsque cet organe est développé par tout autre chose que la grossesse, par une hydropisie pure et simple, par exemple.

Mon but a donc été d'être utile aux jeunes médecins, en leur évitant des recherches sur des questions importantes disséminées dans les ouvrages. A défaut d'aptitude pour accomplir cette tâche, je ferai preuve au moins de bonne volonté et de travail, et puissé-je ainsi obtenir, sinon mériter, la bienveillance de mes juges.

Les *lésions traumatiques que la femme peut éprouver pendant l'accouchement* doivent être distinguées, sous le rapport du siége, en lésions des organes génitaux et des parties voisines, et en lésions dans les parties qui ne sont point en rapport avec les organes génitaux; celles-ci rentrent dans la catégorie des lésions produites par l'effort. On peut encore diviser le premier groupe en lésions des parties molles et lésions des parties dures.

Je vais faire ici l'énumération de mes chapitres dans l'ordre que je suivrai pour leur description :

CHAPITRE Ier. — *Lésions de l'utérus.*

§ I. Ruptures, déchirures de l'utérus. — § II. Thrombus. — § III. Compression, gangrène, et par suite fistules vésico-utérines et vésico-utéro-vaginales. — § IV. Plaies. — § V. Chute de l'utérus. — § VI. Renversement de l'utérus.

CHAP. II. — *Introduction de l'air dans le système circulatoire par les sinus utérins.*

CHAP. III. — *Hémorrhagie.*

CHAP. IV. — *Lésions du vagin.*

§ I. Ruptures, plaies du vagin. — § II. Compression, gangrène des parois, et par suite fistules vésico-vaginales, recto-vaginales

et vésico-recto-vaginales. — § III. Thrombus. — § IV. Relâchement, procidence.

Chap. V. — *Lésions de la vulve et du périnée.*

§ I. Déchirures et ruptures de l'anneau vulvaire et du périnée. — § II. Thrombus des grandes lèvres.

Chap. VI. — *Lésions du squelette du bassin.*

§ I. Disjonction des symphyses, fracture des os du bassin. — § II. Luxation du coccyx.

Chap. VII. — *Lésions diverses produites par les efforts pendant l'accouchement.*

§ I. Ruptures musculaires et déplacements viscéraux. — § II. Ruptures sur l'appareil respiratoire. — § III. Ruptures sur l'appareil circulatoire. — § IV. Goître. — § V. Fractures du sternum.

Comme on vient de le voir, les lésions que j'ai à décrire sont nombreuses; leur étiologie est importante à faire. De la connaissance des causes, naissent des indications précieuses. Pour en faciliter l'étude, je les classerai dès maintenant, et dans le cours de mon travail, pour toutes les lésions qui le comporteront, sous les trois chefs suivants :

1° Causes dépendant de la mère;
2° Causes dépendant de l'œuf;
3° Causes dépendant de l'accoucheur.

Causes qui dépendent de la mère. Ce sont les efforts auxquels elle se livre pour aider les contractions de l'utérus; ces contractions elles-mêmes; les vices de conformation du bassin; l'étroitesse du vagin et de la vulve; la résistance du plancher du bassin (primiparité); les accouchements trop rapides (multiparité); la longueur exagérée et la minceur du périnée, et la situation trop antérieure de la

vulve; certains états pathologiques des organes génitaux, antérieurs à l'accouchement. La constitution, l'état général de la femme, doivent aussi être pris en considération, et, à ce propos, on pourrait faire l'étude de toutes les influences extérieures, qui, par leur action lente, mais continue, irrésistible, impriment à l'économie des modifications profondes, capables de donner à l'enfantement un caractère de gravité que cette fonction ne devrait pas présenter. Ainsi, sans vouloir préconiser l'état sauvage comme l'état naturel à notre espèce, on ne peut s'empêcher d'attribuer à la civilisation ou à ses abus une certaine part d'influence mauvaise; car il est constant que dans les villes, dans les centres de population, où de grandes masses sont agglomérées, la parturition s'accompagne d'un cortége de dangers, d'accidents nombreux, variés, qu'il est rare de rencontrer à la campagne.—Quand une hémorrhagie existe, l'élévation de la température la rend plus abondante; tout le monde connaît au contraire l'action hémostatique du froid. Peut-on tirer de ces faits des inductions applicables aux saisons, aux climats, et dire, pour le cas particulier que je suppose ici, que cet accident est plus commun en été qu'en hiver, dans les climats chauds que dans les pays froids ou tempérés? Nous n'avons pas les éléments nécessaires pour la résolution de ce problème. J'ai entendu raconter que la femme d'un consul, qui avait accompagné son mari dans diverses stations de la zone torride, avorta constamment pendant son séjour dans les climats chauds, tandis qu'en France elle mena toujours ses grossesses à terme. Il paraît aussi que, dans les pays chauds, le tétanos après l'accouchement n'est pas rare... Mais je m'aperçois que je ne puis m'étendre davantage sur ces questions, sans m'égarer dans le vague domaine de l'hypothèse, et j'ai hâte de revenir à des faits plus positifs.

Causes qui dépendent de l'œuf. Liquide amniotique trop abondant; volume trop considérable du fœtus; monstruosités, grossesses multiples; défauts de rapports entre les parties fœtales et les or-

A. Bérard reproduisit dans sa thèse les signes déjà connus de la maladie, dont il avait surtout à poser le diagnostic différentiel. Dans l'article *Testicule*, du Dictionnaire en 30 vol., M. Velpeau décrivit aussi le sarcocèle syphilitique, et M. Roux, dans le même article, en signala la fréquence et résuma les signes diagnostiques.

Mais jusque-là les auteurs que nous venons de citer s'étaient surtout attachés à bien différencier le testicule vénérien des dégénérescences malignes des testicules, et par suite à instituer le traitement qui, dans ces cas, devient lui-même un élément puissant de diagnostic ; bien des points n'avaient pas encore été élucidés, et sur tout l'évolution de la tumeur. M. Ricord s'attacha surtout à cette étude et exposa le résultat de ses recherches dans ses leçons cliniques (*Gaz. des hôpitaux*, 1845) et dans ses annotations de Hunter. En même temps, il indiqua l'efficacité du traitement par l'iodure de potassium.

Un de ses élèves, M. Hélot, de Rouen, traça une histoire asse complète du sarcocèle syphilitique, dans le *Journal de chirurgie* d M. Malgaigne (avril et mai 1846).

Nous citerons encore un remarquable mémoire de M. de Castelnau, où il cherche à démontrer que le testicule vénérien est une affection très-rare, et que ce qu'on prend pour tel n'est autre chose que l'orchite chronique.

M. Vidal de Cassis a aussi étudié, avec beaucoup de soin, l'affection qui nous occupe. Un mémoire, lu par lui à la Société de chirurgie (28 mars 1849) montra quelle était son influence sur la nutrition du testicule et sur les fonctions génitales. Cette lecture donna lieu à une intéressante discussion dans le sein de cette société. Plus tard, dans son *Traité des maladies vénériennes*, M. Vidal donna une description complète de la maladie.

Enfin, à propos de deux malades atteints de testicule syphylitique qui se trouvaient dans son service, M. le professeur Nélaton exposa, dans une remarquable leçon (*Gaz. des hôpitaux,* 1852), et depuis,

dans plusieurs autres circonstances, l'état de la science et le résultat de son observation concernant cette maladie.

Comme on le voit, beaucoup de chirurgiens et des plus éminents se sont occupés de l'affection qui fait le sujet de cette thèse, et cependant, comme la suite de ce travail le montrera, ils sont loin d'être d'accord sur beaucoup de points de son histoire.

ÉTIOLOGIE.

Le sarcocèle syphilitique est, pour la plupart des auteurs, un accident tertiaire de la syphilis, ou plutôt, comme le dit M. Ricord, un symptôme de transition entre les accidents secondaires et les tertiaires. On comprend tout d'abord, comme le fait observer M. Nélaton, que l'étude de ses causes sera nécessairement influencée par l'idée que chacun se fera du virus vénérien. En effet, ceux qui admettent l'identité des virus syphilitique et blennorrhagique voient, dans le testicule vénérien une conséquence de la blennorrhagie, et c'est pour eux une orchite chronique. Ceux, au contraire, qui rejettent cette identité, ne verront d'engorgement syphilitique que là où il y aura eu des chancres comme antécédents.

Parmi les premiers, nous avons déjà nommé M. de Castelnau. Pour lui, le testicule vénérien n'est presque jamais primitif, c'est-à-dire qu'il succède presque toujours à l'orchite aiguë. Il pense que la résolution de l'orchite aiguë se fait quelquefois d'une manière à peu près complète ou même tout à fait complète, du moins en apparence; les malades se croient entièrement guéris; ils reprennent leurs occupations, et ce n'est que trois ou quatre mois après, quelquefois un, deux ou trois ans plus tard, qu'ils s'aperçoivent d'une tumeur dans les bourses. C'est là, pour lui, ce qu'on a appelé testicule syphilitique; mais bien des faits viennent contredire cette proposition; rappelons entre autres le fait suivant, publié dans le même recueil, où M. de Castelnau a exposé ses opinions (*Annales des mal. de la peau*, 1844). C'est celui d'un malade, qui avait eu deux blennor-

dire, au reste, que je n'ai nullement l'idée de donner comme mien le fonds de ce travail. J'ai puisé partout, car la science est faite, et ma jeune expérience ne m'a permis ni d'en reculer les limites ni d'en corriger les erreurs, s'il en existe dans le sujet que je vais traiter. La forme, l'expression seule m'appartient, et en songeant à l'imperfection de la seule chose qui soit de moi dans ma thèse, je ne puis m'empêcher de réclamer de tous mes vœux l'indulgence de mes juges.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

ADELON. Article *Effort* du *Dictionnaire de médecine* en 30 vol., t. 11.

ASTRUC. *L'Art d'accoucher réduit à ses principes*; Paris, 1776, in-12.

BAUDELOCQUE. *L'Art des accouchements*, 8e édition; Paris, 1844.

BAUDELOCQUE (neveu). *Nouveau moyen pour délivrer les femmes contrefaites et en travail, substitué à l'opération appelée césarienne*; Paris, 1824, br. in-8°.

BÉRARD (A). Article *Vagin* du Dict. en 30 vol., t. 30.
Article *Périnée* (déchirure du) du Dict. en 30 vol., t. 23.

BÉRARD (P.-H.). *Cours de physiologie fait à la Faculté de médecine de Paris*, 1848-1855; 3 vol. complets et 2 livraisons du 4e. — Transfusion du sang, t. 3, p. 209 à 222; introduction de l'air dans les veines, t. 4, p. 79 à 98.

BLOT. *Des Tumeurs sanguines de la vulve et du vagin, pendant la grossesse et l'accouchement*. Thèse de concours; Paris, 1853, in-8°.

BOIVIN (Mme). *Mémorial de l'art des accouchements*, avec planches. Paris, 1836, in-8°.

BOIVIN (Mme) et Ant. DUGÈS. *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*; Paris, 1833; 2 vol. in-8°, avec atlas.

BOURGEOIS (Mme). *Observations diverses sur la stérilité, perte de fruict, fœcondité, accouchemens et maladies des femmes et enfans nouveaux naiz*, amplement traittées et heureusement praticquées par Louyse Bourgeois, dite Boursier sage-femme de la Reine. Œuvre util et nécessaire à toute personne. Rouen 1626, in-12.

Passim, et principalement 1re partie, p. 64 et sq., p. 119, pour les hémorrhagies, contre lesquelles L. Bourgeois propose l'accouchement forcé; 1re partie, p. 74 et sq., 2e partie, p. 92, pour les chutes et renversements de l'utérus.

BOYER. *Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent*; Paris, 1822 à 1826; 11 vol. in-8°. T. 10, à partir de la page 379; maladies des parties génitales de la femme.

BRIOT (P.-F.). *Mémoire sur le forceps*; Besançon, 1809, in-8°.

BURDACH (C.-F.). *Traité de physiologie,* traduit de l'allemand par J.-L. Jourdan. Paris, 1837 à 1841; 9 vol. in-8°. Accouchement, t. 4, p. 173 à 311.

CAPURON. *Cours théorique et pratique d'accouchements,* 3e édition. Paris, 1833, in-8°.
Traité des maladies des femmes depuis la puberté jusqu'à l'âge critique inclusivement, 2e édition. Paris, 1817, in-8°.

CAZEAUX. *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*, 4e édition. Paris, 1853, in-8°.

CHAMBON DE MONTAUX. *Maladies des femmes*; Paris, 1784, 2 vol. in-12.

CLOQUET (J.) et A. BÉRARD. Article *Diaphragme* du Dict. en 30 vol., t. 10.

COOPER (Samuel). *Dictionnaire de chirurgie pratique,* traduit de l'anglais sur la 5e édition. Paris, 1826, 2 vol. in-8°. Articles *Opération césarienne, Utérus* (chute et renversement de), *Vagin* (prolapsus et inversion du).

COUTOULY. *Mémoires et observations sur divers sujets relatifs à l'art des accouchements,* etc. etc. Paris, s. d., in-8°.—*Passim,* pour les diverses lésions, et p. 133, observation d'une rupture centrale du périnée qui a donné passage à un enfant vivant.

DEHOUS (Achille). *Essai sur les morts subites pendant la grossesse, l'accouchement, l'état puerpéral.* Thèse inaugurale; Paris, 1854.

DE LA MOTTE. *Traité complet des accouchements naturels, non naturels, et contre nature*; Paris, 1765, 2 vol. in-8°.

DELEURYE (M.-F.-A.). *Traité des accouchements en faveur des élèves*, etc.; Paris, 1770, in-8°.

DENEUX. *Considérations sur les propriétés de la matrice*; Paris, 1818, in-8°.
Mémoire sur les tumeurs sanguines de la vulve et du vagin; Paris, 1830, in-8°.

DENMAN (Th.) et André BLAKE. *Manuel de l'accoucheur ou aphorismes sur l'application du forceps et du levier; sur les accouchements contre nature et sur ceux qui sont accompagnés d'hémorrhagies et de convulsions,* par Th. Denman; suivis des aphorismes sur les accouchements naturels et difficiles, sur l'hémorrhagie utérine et sur les péritonites puerpérales; par André Blake, traduits de l'anglais par Jouenne. Paris, 1824, in-18.

DESORMEAUX. Dict. en 30 vol.; articles *Bassin* (anatomie et obstétrique; relâchement, luxation des symphyses), t. 5; *Opération césarienne,* t. 7; *Forceps,* t. 13; *Levier,* t. 18.

DESORMEAUX et P. DUBOIS. Dict. en 30 vol., articles *Accouchement*, t. 1; *Délivrance,*

Dystocie, t. 10; *Embryotomie*, t. 11; *Grossesse*, t. 14; *Métrorrhagie*, t. 19; *Utérus* (plaies, rupture, déplacements), t. 30.

DEVENTER. *Observations importantes sur le manuel des accouchements*, etc. etc., traduit du latin de M. Henri de Deventer..., par J.-J. Bruhier d'Ablaincourt; Paris, 1733, in-4°.

DEZEIMERIS. Dict. en 30 vol., article *Accouchement prématuré artificiel*, t. 1.

DINOUART (l'abbé). *Abrégé de l'embryologie sacrée, ou Traité des devoirs des prêtres, des médecins, des chirurgiens et des sages-femmes, envers les enfants qui sont dans le ventre de leur mère*, 2e édition; Paris, 1766, in-12.

Ce livre, nullement scientifique, est cité ici, de même que Raynaudus et Villeneuve (voir ces noms), pour ceux qui seraient curieux d'étudier, au point de vue religieux, les questions de l'avortement provoqué, de l'accouchement prématuré, de l'opération césarienne, etc.

DIONIS. *Traité général des accouchements, qui instruit de tout ce qu'il faut pour être habile accoucheur*; Paris, 1718, in-8°.

DUBOIS (Paul). Dict. en 30 vol., articles : Supplément à l'article *Opération césarienne*, t. 7; *Pelvimétrie*, t. 23; *Symphyséotomie*, t. 29.

DUGÈS (Ant.). *Manuel d'obstétrique ou Traité de la science et de l'art des accouchements*, 3e édition; Montpellier et Paris, 1840, in-8°.

Encyclopédie méthodique, Médecine, t. 1, 1787, articles *Accouchée* et *Accouchement*; t. 7, 1798, article *Inertie de matrice*; t. 8, article *Matrice*, § 19, renversement, § 20, amputation, § 21, rupture; par CHAMBON.

Encyclopédie méthodique, Chirurgie, t. 1, 1790, article *Accouchement*, t. 2, article *Matrice* (rupture, descente, renversement de la); par PETIT-RADEL.

FORSTER. *Manuel d'anatomie pathologique*, traduit de l'allemand par Kaula; Strasbourg et Paris, 1853, in-8°. Indication des affections de l'utérus, p. 440 et 445.

FRANCO. *Traité des hernies*, contenant une ample déclaration de toutes leurs espèces, et autres excellentes parties de la chirurgie, à savoir de la pierre, des cataractes des yeux et autres maladies, desquelles, comme la cure est périlleuse, aussi est-elle de peu d'hommes bien exercée : avec leurs causes, signes, accidents, anatomie des parties affectés et leur entière guérison; par Pierre Franco, de Turriers en Provence. Lyon, Thibauld Payan, 1561, in-8°.

Les chap. 75 à 94 inclusivement sont consacrés aux accouchements. — Voir, pour l'extraction de l'enfant, version pelvienne, perforation du crâne, chap. 84. — A propos de la version, Franco donne le conseil suivant : « Ne laissant aucuns anneaux aux doits, affin de ne blesser les parties. » — Le chap. 85, causes qui font demeurer l'arrière-faix. — Chap. 87, opération

césarienne. — Chap. 91, précipitation et chute de la matrice; mention du renversement produit par des tractions sur le cordon, le délivre étant adhérent.

Tous ces chapitres, à l'exception du 78e et du 79e, ont été copiés presque textuellement sur l'opuscule d'Ambroise Paré, publié en 1561 : « La manière de extraire les enfants tant mors que vivans, hors le ventre de la mère, lorsque nature de soy ne peut venir à son effect. » — Voir, pour l'histoire de ce plagiat, Ambroise Paré, édition Malgaigne, t. 2, p. 633, note de M. Malgaigne.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, t. 1, octobre à décembre 1853, janvier à décembre 1854.

Angulo. Opération césarienne, succès pour la mère et pour l'enfant, p. 528, 714.

Antonelli. Vaste fistule vésico-vaginale guérie par l'emploi des caustiques, p. 125.

Aubinais. Accouchement prématuré artificiel, par les douches, dans la trentième semaine de la grossesse, succès, p. 389; perforation de la cloison vésico-vaginale, suivie de guérisons, p. 826.

Baudelocque. Opération césarienne vaginale pratiquée avec succès pour la mère et l'enfant, p. 839.

Caifassi. Rupture extraordinaire de matrice, p. 697.

Capdevila. Emploi du chloroforme dans les accouchements, p. 92.

Chrestien. Seigle ergoté dans les accouchements, p. 35.

Danyau. Rapport à l'Académie de médecine sur l'emploi du seigle ergoté dans les accouchements, p. 35.

Heuschel. Observations de céphalotripsie, p. 785.

Hool. Utérus bicorne, grossesse gémellaire, hémorrhagie, accouchement forcé, guérison de la mère, p. 389.

Hubert. Position à donner à la femme pendant l'accouchement, p. 443.

Jacquemier. De la source de l'hémorrhagie dans le décollement partiel du placenta, p. 403.

Jobert de Lamballe. Périnéoraphie, avec procédé particulier de suture, pour une déchirure du périnée et de la cloison recto-vaginale, succès complet, p. 1012.

Lebleu. Simplification de l'opération césarienne, p. 780.

Mérier. Seigle ergoté dans les accouchements, p. 35.

Monell. Rupture de l'utérus, guérison, 1119.

Pagenstecher. Opération césarienne dans un cas d'ostéomalacie du bassin, succès pour la mère et l'enfant, p. 895.

Scanzoni. Nouvelle méthode pour pratiquer l'accouchement prématuré artificiel, p. 79.

Simpson. Du tétanos consécutif aux lésions de l'utérus, à l'avortement et à la parturition, p. 680.

Tirel. Seigle ergoté dans les accouchements, p. 35.

Torrachi. Opération de fistule vésico-vaginale, p. 45.

Tome 2, janvier à juillet 1855.

Blot. Rétrécissement du bassin, accouchement prématuré provoqué par les douches utérines, p. 349.

Brown. Inversion de l'utérus consécutive à un accouchement au sixième mois de la grossesse, réduction tardive, guérison, p. 318.

Gilman. Observation de gastrotomie, vingt et une heures après la rupture de l'utérus, guérison, p. 42.

Paterson. Grossesse double, rupture de l'utérus, guérison, p. 149.

Schweitzer. Accouchement dans un cas de cicatrice vicieuse du col de l'utérus, p. 413.

Sée. Analyse de la thèse de M. Grau sur les fistules vésico-utérines, p. 94.

Vandin. Deux observations de ruptures de l'utérus terminées par la mort, p. 42.

Winckel. Rupture de l'utérus, gastrotomie suivie de succès sur une femme qui avait subi antérieurement l'opération césarienne, p. 164.

Gendrin. *Traité philosophique de médecine pratique,* Paris, 1838 à 1841 ; 3 vol. in-8°; t. 2, p. 86 à 360, métro-hémorrhagies.

Gerdy (P.-N.). *Philosophie médicale didactique et critique;* Paris, 1832 à 1833, 1 vol. in-8° en deux parties. P. 609 à 621, maladies produites par les efforts.

Chirurgie pratique complète, 1re monographie : pathologie générale médico-chirurgicale ; Paris, 1851, in-8°. Causes des maladies, p. 292 à 305, influence de la locomotion ou musculation (efforts) ; p. 343 à 349, influence de la grossesse et de l'accouchement.

Goubel de Saint-Perne. *Des Accidents de la délivrance.* Thèse inaugurale ; Paris, 1854.

Guillemeau. *De la grossese et acccouchement des femmes, du gouvernement d'icelles et moyens de survenir aux accidents qui leur arrivent ; ensemble de la nourriture des enfants;* par feu Jacques Guillemeau, chirurgien ordinaire du Roy; revu et augmenté de figures en taille-douce et de plusieurs maladies secrètes, avec un Traité de l'impuissance, par Ch. Guillemeau, chirurgien ordinaire du Roy. Paris, Abraham Pacard, 1621. Liv. 2, chap, 10 à 28 inclus ; liv. 3, chap. 1 à 4 inclus; 13 à 17 inclus ; 29.

Hippocrate. *Œuvres complètes,* traduction nouvelle, avec le texte grec en regard collationné sur les manuscrits et toutes les éditions, accompagnée d'une introduction, de commentaires médicaux, de variantes et de notes philologiques ; suivie d'une table générale des matières ; par E. Littré ; Paris, 1839 à 1853 ; 8 vol. grand in-8° jésus.

Tome 7, *de la Nature de la femme.* — *Passim,* plusieurs indications d'inflammation de l'utérus après l'accouchement. — P. 319, procidence de la matrice... « Cette affection arrive quand, sortant d'accoucher, la femme souffre dans les matrices... » — P. 395 : « Si la femme vomit du sang après l'accouchement, le conduit du foie est blessé... » — P. 397, mention de la rétention du placenta ; p. 407, orifice utérin ulcéré après l'accouchement ; p. 413, moyens médicamenteux pour expulser le fœtus et le chorion.

De la Nature de l'enfant, p. 539. « Quant à l'enfant, lorsque les membranes se rompent, si le mouvement par la tête l'emporte, la femme accouche facilement ; mais, s'il se présente de côté ou par les pieds (cela arrive, en effet), si le mouvement est tel, soit par l'amplitude des

matrices, soit parce que la mère, dans les douleurs, n'a pas gardé d'abord le repos, si, dis-je, la présentation est de la sorte, la femme accouche difficilement, et maintes fois les mères ont succombé ou les enfants, ou à la fois la mère et les enfants. Des femmes qui accouchent, celles qui souffrent le plus sont les primipares, parce qu'elles n'ont pas encore éprouvé ce genre de souffrances; elles souffrent dans tout le corps, mais surtout aux lombes et aux ischions, *car les ischions se disjoignent;* mais celles qui ont déjà accouché souffrent moins que les primipares, et celles qui ont acconché plusieurs fois souffrent beaucoup moins. »

T. VIII, *des Maladies des femmes,* livre 1er, p. 79 : « Une femme est enceinte, l'époque de l'accouchement est arrivée, le travail dure longtemps, et elle ne peut se délivrer; en général, c'est que l'enfant vient de côté et par les pieds; or il faut qu'il vienne par la tête. Ce cas peut se comparer à un noyau d'olive qui, mis dans un vase à goulot étroit, n'en peut être retiré de côté. De même, chez les femmes, l'obliquité de l'enfant est fâcheuse, car il ne sort pas. Venir par les pieds est encore une mauvaise position, et souvent il en résulte la mort de la mère ou de l'enfant, ou de tous deux. En troisième lieu, l'accouchement est grandement entravé quand l'enfant est mort, ou apoplectique, ou double... » P. 101 : « Si la femme vomit du sang après l'accouchement, le lobe du foie est blessé... » P. 105, quelques mots sur la rétention du placenta, ses causes, les accidents qu'elle occasionne... P. 115 : « Quand l'accouchement se fait très-promptement, donner, avant que la douleur survienne, les médicaments qui calment les douleurs utérines ... » — P. 147 : « Les fœtus qui se plient en deux et qui s'arrêtent à l'orifice utérin, qu'ils soient vivants ou morts, doivent être repoussés en arrière, et retournés de manière à sortir naturellement par la tête... Quant aux enfants qui, vivants, avancent au dehors le bras ou la jambe, ou tous les deux, il faut, dès que la chose est manifeste, repousser ces parties de la façon susdite, faire la version par la tête, et les mettre en voie de sortie... » — P. 147 et sq., description de l'embryotomie : « Fendre la tête avec le bistouri, l'écraser avec le compresseur, afin qu'elle ne cause pas d'embarras... Quand vous devez faire la version ou la section de l'enfant, les ongles de l'opérateur seront coupés; le bistouri dont il se servira sera plutôt courbé que droit; on en cacher al'extrémité avec le doigt indicateur, palpant, guidant, et craignant de blesser la matrice. »

Livre 2, p. 235 : « L'écoulement rouge vient à la suite de la fièvre, et surtout de l'avortement; il vient aussi à la suite de la suppression des règles, quand, retenues, elles font une éruption soudaine; il vient enfin à la suite d'accouchements... » — P. 317, chute de matrice : « Cette maladie survient quand, à la suite de l'accouchement, la femme se livre à quelque occupation pénible... » — P. 321, passage où Hippocrate semble faire mention du renversement de la matrice : « L'orifice utérin, dit-il, se renverse à travers le col... » — P. 329, chute de matrice : « Quand une femme, venant d'accoucher, soulève un fardeau trop lourd pour elle, ou pile quelque chose, ou casse du bois, ou court, ou fait quelque autre action de ce genre, la matrice est fort exposée à tomber, quelquefois à l'occasion d'un éternument; remarquez, en effet, que l'éternument exerce, provoqué par des errhins, une violence quand la femme se pince les narines... » P. 481, embryotomie.

Excision du fœtus, p. 513 à 519. Dans ce petit traité, il est fait mention, pour la quatrième fois, des chutes de la matrice.

JACOBS. *École pratique des accouchements*; Paris, 1785, in-4°.

JACQUEMIER (J.). *Manuel des accouchements et des maladies des femmes grosses et accouchées...* Paris, 1846, 2 vol. in-12 avec 63 fig.

JARJAVAY (J.-F.). *De l'Influence des efforts sur la production des maladies chirurgicales;* Paris, 1847, in-8°.

JOBERT DE LAMBALLE. *Traité des fistules vésico-utérines, vésico-utéro-vaginales, entéro-vaginales, et recto-vaginales;* Paris, 1852, in-8°.

JOUBERT. *La première et la seconde partie des erreurs populaires touchant la médecine et le régime de santé*, par M. Laur. Joubert, conseiller et médecin du roy de France et de Navarre, premier docteur régent, chancelier et juge de l'Université de Médecine de Montpellier. Rouen, Pierre Calles, 1601.

1re partie, livre 4, de l'enfantement, chap. 1er : « Que l'oz Bertrand ne s'ouvre point pour donner passage à l'enfant. » On trouve dans ce chapitre une discussion assez curieuse sur le relâchement de la symphyse pubienne, que Laurent Joubert n'admet pas ; la mention de la luxation du coccyx, et à ce propos une singulière étymologie du mot *coccyx*.

LACHAPELLE (Mme). *Pratique des accouchements, ou mémoires et observations choisies sur les points les plus importants de l'art*, par Mme Lachapelle, sage-femme en chef de la Maison d'accouchements de Paris, publiés par Ant. Dugès, son neveu. Paris, 1821-25, 3 vol. in-8°. — *Passim*, et surtout les 8e, 10e, 11e mémoires dans le tome 3.

LE BOURSIER DU COUDRAY (Mme). *Abrégé de l'art des accouchements, dans lequel on donne les préceptes nécessaires pour le mettre heureusement en pratique*, etc. etc.; nouvelle édition enrichie de figures en taille-douce enluminées. Saintes, 1769, in-8°.

LEROY (Alphonse). *Essai sur l'hist. natur. de la grossesse et de l'accouchement.* Réponse à un mémoire sur une accusation d'impéritie (observat. d'un renversement de la matrice); Paris, 1787, in-8°.

Recherches histor. et prat. sur la section de la symphyse du pubis, etc. etc.; Paris, 1778, in-8°.

La Pratique des accouchements; Paris, 1776, in-8°.

Des Pertes de sang pendant la grossesse, lors et à la suite de l'accouchement, 2e édit.; Paris, 1803, in-8°.

LEROUX. *Observations sur les pertes de sang des femmes en couches, et sur le moyen de les guérir*; Dijon et Paris, 1776.

LEVRET. *L'Art des accouchemens démontré par des principes de physique et de mécanique*, 3e édit.; Paris, 1766, in-8°.

Observations sur les causes et les accidens de plusieurs accouchemens laborieux, 4e édit.; Paris, 1770, in-8°.

Essai sur l'abus des règles générales et contre les préjugés qui s'opposent aux pro-

grès de l'art des accouchemens, contenant : 1° la manière de se conduire pendant la grossesse, le travail de l'enfantement, les suites de couches ; 2° le choix des nourrices, etc. ; Paris, 1766, in-8°.

Observations sur la cure radicale de plusieurs polypes de la matrice, de la gorge et du nez, 2e édit. ; Paris, 1759, in-8°.

LIEBAUD. *Les Maladies des femmes et remède d'icelles*, en 3 livres, de Jean Marinello de Formie, doct. méd. italien, traduits en français et amplifiés par Jean Liébaud. En cette dernière édition, revue, etc., par Lazare Pe..., dédiés aux dames. Paris, 1609.

On trouve de bonnes choses dans ce livre à côté de beaucoup d'erreurs. Au chap. 66, accouchement difficile, sont signalées presque toutes les causes de dystocie ; les grossesses multiples sont indiquées de cette façon : « Un troupeau de deux ou trois fœtus qui se pressent de tous côtés pour sortir. » — Mention des hémorrhagies par implantation vicieuse du placenta ; des ruptures du périnée, du vagin, de la matrice. — Au chap. 48, arrière-faix demeuré après l'accouchement. — Chap. 50, de la section césarienne, avec figures explicatives.

LORDAT. *Traité des hémorrhagies* ; Paris, 1808.

MALGAIGNE (J.-F.). *Traité des fractures et des luxations* ; Paris, 1847-54, avec atlas. Tome 1, art. fracture du sternum, fracture de l'ischion ; tome 2, luxations du bassin, du coccyx, relâchement des symphyses pendant la grossesse, éclatement des symphyses pendant l'accouchement.

MARTIN le jeune. *Mémoires de médecine et de chirurgie pratiques sur plusieurs maladies et accidents graves qui peuvent compliquer la grossesse, la parturition et la couche.* Paris, 1835, in-8°.

MAURICEAU (François). 2 vol. in-4°. Tome 1, *Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées*, enseignant la bonne et véritable méthode pour bien aider les femmes en leurs accouchements naturels, et les moyens de remédier à tous ceux qui sont contre nature, 7e édit. ; Paris, 1740. Tome 2, *Observations sur la grossesse et l'accouchement des femmes, et sur leurs maladies et celles des enfants nouveau-nés*, nouv. édit. ; Paris, 1738.

MAZIER, doct. méd. à Laigle. Observation d'une rupture de l'utérus ; gastrotomie, guérison en quarante jours, dans le *Journal de méd. et de chirurg. pratiques*, avril 1853, 4e cahier, t. 24.

MOREAU (F.-J.). *Traité pratique des accouchements* ; Paris, 1841, 2 vol. in-8° avec atlas.

MORGAGNI (J.-B.). *Recherches anat. sur le siége et les causes des maladies*, trad. du latin par Desormeaux et Destouet ; Paris, 1820-24, 10 vol. in-8°. Tome 7, lettre 48, de l'accouchement malheureux.

MORPAIN. *Études anatomiques et pathologiques des grandes lèvres*; Paris, 1852. Ch. 4, p. 29, tumeurs sanguines.

NÉLATON. *Éléments de pathologie chirurgicale*; Paris, 1844-54, 3 vol. in-8°. T. 1, fracture du sternum; t. 2, luxation du coccyx.

PAJOT (Ch.). *Des Lésions traumatiques que le fœtus peut éprouver pendant l'accouchement*; Paris, 1853, in-8° (thèse de concours). P. 78-79, action du forceps, éclatement des symphyses.

Quatre tableaux d'accouchements, notamment ceux sur les opérations obstétricales, les vices de conformation du bassin, le traitement des hémorrhagies utérines.

Les notes que j'ai recueillies au cours de M. Pajot, en 1853 et 1855, m'ont été d'une trop grande utilité dans la rédaction de cette thèse, pour que je ne me fasse pas un devoir de les citer ici.

PAPAVOINE. *Observation d'un accouchement mortel par suite de fracture et de déformation consécutive du bassin* (*Journ. des progrès en méd.*, t. 12, p 234; 1828).

PARÉ (Ambroise). *OEuvres complètes* revues et collat. sur toutes les éditions, avec les variantes, accomp. de notes, précédées d'une introd., par J.-F. Malgaigne; Paris, 1840-41, 3 vol. gr. in-8°.

T. 2, p. 623. La manière de extraire les enfans tant mors que vivans hors le ventre de la mère, lorsque nature de soy ne peut venir à son effect (voir Franco). — P. 633, le 18e livre, traitant de la génération de l'homme, recueilli des anciens et modernes. — Chap. 13, comment l'enfant, étant à terme, s'efforce de sortir hors du ventre de sa mère, et de sa nativité. Note de M. Malgaigne sur la fameuse question du relâchement des symphyses. — Chap. 18, rétention du placenta. — Chap. 31 à 33 inclus, accouchements diff., version pelvienne. — Chap. 36, causes de la difficulté d'enfanter. — Chap. 46 à 48 inclus, chute et renversement de l'utérus. — Chap. 93, de la relaxation du gros intestin qui se fait aux femmes « pour s'être trop efforcées à leurs enfantemens. »

PAUL D'ÉGINE. *La Chirurgie de Paulus Æginela*, qui est le 6e livre de ses œuvres, traduit en français par maistre Pierre Tolet, médecin de l'hôpital de Lyon; Paris, les Angeliers, 1540. Ch. 75, de la rétention des secondines; indication du renversement de l'utérus.

PETIT (J.-L.). *OEuvres complètes*; Paris, 1844, in-8°. P. 37, luxation du coccyx; p. 432, goître survenu après l'accouchement, observation prise sur sa propre femme; p. 876, observation sur un accouchement contre nature.

PEU. *La Pratique des accouchements*; Paris, 1694, in-8°.

PIGRAY (P.). *Epitome des préceptes de médecine et de chirurgie*; Lyon, 1637. P. 485, très-brève indication du renversement de l'utérus, occasionné par des tractions sur le cordon, le placenta étant adhérent.

PUZOS. *Traité des accouchements*, contenant des observ. importantes sur la prat. de cet art; deux petits traités, l'un sur quelques maladies de matrice, et l'autre sur les malad. des enf.; quatre mémoires, dont le premier a pour objet les pertes de sang dans les femmes grosses, et les trois autres, sur les dépôts laiteux; publié et corrigé par M. Morizot-Deslandes. Paris, 1759, in-4°.

RAULIN. *Traité des maladies des femmes en couches, avec la méthode de les guérir*, fait par ordre du ministre; Paris, 1771.

RAYNAUDUS. *De Ortu infantium contra naturam, per sectionem cæsaream, tractatio:* qua reliqui item *conscientiœ nodi*, ad matrem alvo gerentem, ac fœtum, ejusque partum spectantes, solide et accurate expediuntur a R.-P. Theophilo Raynaudo, societatis Jesu theologo; Lugduni, 1637. Cité au même titre que l'abbé Dinouart et M. Villeneuve, de Marseille.

REQUIN. *Éléments de pathologie médicale*; Paris, 1843-52, 3 vol. in-8°. T. 1, article Hémorrhagies en général; article Ménorrhagie, court, mais substantiel.

RŒDERER. *Éléments de l'art des accouchements*; Paris, 1768, in-8°.

ROUSSET. *Traité nouveau de l'hystérotomotokie ou enfantement cæsarien*, qui est extraction de l'enfant par incision latérale du ventre et matrice de la femme grosse ne pouvant autrement accoucher, et ce, sans préjudice à la vie de l'un ny de l'autre, ny empescher la fœcondité maternelle par après; par François Rousset, médecin. Paris, Denys du Val, 1581.

ROUX (Ph.-J.). *Quarante années de pratique chirurgicale*; 1854, in-8°. T. 1, lettre 10, p. 367, divisions du périnée chez la femme; périnéoraphie.

ROUX (Jules), de Toulon. *De l'Éthérisme dans les accouchements*; Paris, 1847, broch. in-8°, extrait de la *Gazette médicale*.

SACOMBE. *Lucine française, ou Recueil d'observ. méd., chirurg., etc., relatives à la science des accouchements*; Paris, an XI à an XIII, 3 vol. in-8°.

SILBERT (P.), d'Aix. *Traité pratique de l'accouchement prématuré artificiel*, ouvrage qui a remporté le premier prix au concours ouvert par la Soc. imp. de méd. de Marseille; Paris, 1855, in-8°.

SMELLIE. *Traité de la théorie et pratique des accouchements*, traduit de l'anglais de M. Smellie, doct. méd., par M. de Préville, méd. Paris, 4 vol. in-8°. T. 1, théorie, 1771; t. 2, 1777, et t. 3, 1765, observations; t. 4, 1765, planches.

SPRENGEL (Kurt). *Histoire de la médecine depuis son orig. jusqu'au 19e siècle*, trad. de l'allemand sur la 2e édit., par A.-J.-L. Jourdan; Paris, 1815-20, 9 vol. in-8°.

T. 6, p. 478, intestins tirés hors du corps par un accoucheur. Ce volume contient beaucoup de renseignem. bibliograph.

SCHWEIGHAEUSER (J.-F.). *Archives de l'art des accouchements, consid. sous ses rapports anat., physiolog. et pathologique,* recueillies dans la littérat. étrang.; Strasbourg, an IX et an X, 2 vol. in-8°.

TAURIN (V.-M.). *Des Ruptures de l'utérus pendant la grossesse et le travail de l'accouchement*; Paris, 1853 (thèse inaug.).

TROUSSEAU et PIDOUX. *Traité de thérapeutique et de matière médicale,* 5e édit.; Paris, 1855, 2 vol. in-8°. T. 1, p. 793 à 814, article Ergot de seigle; t. 2, p. 187 à 195, application des agents anesthésiques à l'art des accouchements.

VELPEAU. Dict. en 30 vol.; t. 30, article *Vulve* (pathologie).

Traité complet de l'art des accouchements ou tocologie théorique et pratique, 2e édit.; Paris, 1835, 2 vol. in-8°.

VIARDEL (Cosme). *Observat. sur la prat. des accouch. naturels, contre nature et monstrueux*; Paris, 1671.

Passim, liv. 2, chap. 7, p. 88, hémorrhagie, version. — Chap. 16, p. 130, des pertes de sang. — Chap. 20, observation d'une chute de matrice contenant le fœtus à terme. — Chap. 26, 27, gangrène des parties génitales. — Chap. 30, chute, renversement de l'utérus.

Liv. 3, chap. 15, des déchirements et escorchures qui surviennent aux parties basses de la femme après l'accouchement; mention très-précise des ruptures du périnée, et de leur traitement par la suture entortillée et la suture à surjet immédiatement après la délivrance.

VIGIER (Jean), maistre chirurgien à Castres d'Albigeois. *La Grande chirurgie des tumeurs*; Lyon, 1670. Ch. 30, p. 248, de la relaxation de la matrice.

VILLENEUVE. *De l'Avortement provoqué dans les cas de rétrécissement extrême du bassin, considéré au point de vue religieux, judiciaire et médical*; Marseille, 1583, broch. in-8° (voir Dinouart et Raynaudus).

CHAPITRE IER.

LÉSIONS DE L'UTÉRUS.

§ I. RUPTURES ET DÉCHIRURES. — On donne le nom de *ruptures* de l'utérus à des solutions de continuité plus ou moins considérables, survenues sur un point quelconque des parois de l'organe, *développé* par l'état de gestation ou par un état pathologique. Si la solution de continuité a pour point de départ le pourtour de l'orifice externe, elle prend le nom de *déchirure*.

Ces lésions, sans être fréquentes, ne sont cependant pas très-rares. Mme Lachapelle n'en a observé qu'une ou deux chaque année, sur un total de 2,000 à 2,500 accouchements. Clarke et Powell, cités par M. Velpeau, ont signalé 20 ruptures sur 8,600 accouchements. Dans la pratique civile, la proportion est beaucoup plus forte; les nombreuses observations qu'on trouve dans les recueils en font foi, et certes il est permis de croire qu'il y en a bon nombre qui restent cachées.

La rupture de l'utérus a lieu surtout pendant le travail de l'accouchement; elle peut aussi survenir dans le cours de la grossesse. Dans la plupart des cas rapportés par les auteurs, de ruptures survenues à des périodes diverses de la gestation, il y avait eu un commencement de travail, ce qui rapproche beaucoup ces ruptures de celles qui accompagnent l'accouchement. Il y a néanmoins quelques exemples de ruptures survenues sans la moindre manifestation de contractions utérines. Ces cas, fort rares, ne rentrent pas dans mon sujet, non plus que ceux de ruptures de matrices distendues par des produits morbides; je me contente de les signaler pour mémoire.

Étiologie. — Les causes sont complexes. Pour mettre de l'ordre

dans leur étude, je les exposerai suivant la division que j'ai indiquée plus haut, en :

1° Causes dépendant de la mère ;

2° Causes dépendant de l'œuf ;

3° Causes dépendant de l'accoucheur.

Il y a aussi des causes externes : elles ne peuvent être méthodiquement énumérées, car elles dépendent du hasard. Un seul mot les résume : ce sont les violences extérieures.

1° *Causes dépendant de la mère*. Je ne sache pas qu'on ait rien dit de bien positif sur les constitutions, comme prédisposant aux ruptures utérines ; rien non plus de l'état général de la femme. On a accusé les grossesses trop souvent répétées ; elles affaiblissent, a-t-on dit, la résistance de la matrice, et prédisposent en cela aux ruptures. On a remarqué aussi que certaines femmes jouissaient du triste privilége d'avoir, à tous leurs accouchements, des présentations vicieuses.

Chez les femmes dont la matrice a déjà été rompue dans un accouchement précédent ; chez celles qui ont subi l'opération césarienne, l'accident est plus à craindre que chez les autres. Les causes qui l'ont déjà produit ont de la tendance à se renouveler, et de plus, le tissu utérin est resté moins solide, au pourtour de la cicatrice qui a fermé la solution de continuité.

Certains états pathologiques antérieurs à la grossesse ou survenus après la conception changent les propriétés du tissu utérin, le rendent moins résistant, et prédisposent aux ruptures. Ce sont des kystes développés dans l'épaisseur des parois utérines, les dégénérescences cancéreuses et autres, l'inflammation et tous ses dérivés. On a vu des ulcérations qui, ayant eu pour point de départ la face interne d'une paroi de la matrice, ont gagné peu à peu en profondeur au point de réduire la partie où elles siégeaient à une couche mince et friable ; ces ulcérations ont même été jusqu'à perforer complétement la matrice. Il est dès lors facile de comprendre que, déjà per-

foré dans un point ou ramolli dans une certaine étendue, l'utérus puisse céder et se rompre largement sous l'influence de ses propres contractions, ou simplement sous l'influence de l'action des muscles abdominaux dans un effort.

Les rétrécissements du bassin, en s'opposant invinciblement à la sortie du fœtus, sont causes, bien souvent, de ruptures utérines. C'est sur des femmes mal conformées que Mme Lachapelle a surtout observé ce redoutable accident. Les tumeurs développées dans l'excavation, l'étroitesse et la rigidité excessives du vagin, peuvent agir de la même façon.

Les obliquités de l'utérus, la résistance du col, l'amincissement du segment inférieur de l'organe sous la pression de la tête du fœtus, telles sont des particularités dont l'influence ne doit pas être oubliée. On a noté aussi que, chez certaines femmes, les parois utérines étaient d'une singulière minceur, et on a considéré ces femmes comme menacées de ruptures. C'est un point qu'il ne faut pas perdre de vue, bien qu'il n'ait pas reçu la sanction de la grande expérience de Mme Lachapelle.

Mais, parmi les causes qui tiennent à la femme, il en est une qui domine toutes les autres; je veux parler des contractions utérines mêmes et de la rétraction. En effet, si, après l'écoulement des eaux, un obstacle invincible s'oppose à la progression du fœtus et que l'art n'intervienne pas, la matrice (fût-elle parfaitement saine), se moulant sur les parties fœtales, finira par se rompre dans le point où la disposition de ces parties aura le plus aminci ses fibres. Toutefois je ne prétends pas dire que dans tous les cas où ces conditions existeront, il s'ensuivra nécessairement une rupture, car il peut se faire que les contractions s'épuisent et que l'inertie succède aux violents mais inutiles efforts auxquels l'organisme s'est livré pour se débarrasser du produit, devenu corps étranger.

2° *Causes dépendant de l'œuf.* Il est extrêmement rare qu'une rupture survienne lorsque l'œuf est encore dans son intégrité. On en

cite des cas, mais je suis très-porté à croire que dans ces circonstances, les propriétés de la matrice avaient été préalablement altérées par des états pathologiques. On a dit aussi qu'indépendamment de toute lésion antérieure de l'organe, les mouvements fœtaux pouvaient seuls occasionner des ruptures; cela est encore assez peu probable.

Le volume excessif de l'enfant, l'hydrocéphalie, les monstruosités, l'adhérence d'une môle au dos du fœtus, comme François Valleriola en rapporte un exemple, la présence de plusieurs fœtus, les obliquités, les mauvaises présentations, la rupture prématurée des membranes; voilà, en peu de mots, la plupart des causes dépendant de l'œuf, qui peuvent amener des ruptures de l'utérus. Pas n'est besoin d'insister ici sur leur mécanisme, qui est toujours à peu près le même, et que l'on comprendra sans difficulté, après avoir lu les paragraphes précédents.

3° *Causes dépendant de l'accoucheur*. La rupture de l'utérus s'est plus d'une fois produite sous la main de l'accoucheur, et, le plus souvent, ce sont des manœuvres imprudentes, c'est l'oubli des préceptes de l'art, qui ont occasionné ce malheur. Je ne m'explique pas davantage pour le moment; mais, à l'article du traitement, j'aurai soin d'insister sur certains préceptes dont on ne doit jamais se départir et dont l'application constitue, en résumé, la meilleure prophylaxie de ce redoutable accident. Le lecteur pourra alors se rendre compte de la façon dont les accoucheurs peuvent devenir les instruments de lésions terribles. Mais un accoucheur instruit et attentif peut-il encore produire des ruptures utérines? Cela est rare, mais cela est arrivé, même à M. P. Dubois, dans un cas où il fallait à tout prix tenter la version, malgré une extrême rétraction de la matrice.

L'exposé qu'on vient de lire démontre la complexité des causes. Il est rare qu'une seule d'entre elles suffise pour amener une rupture; le plus souvent elles sont réunies, se combinent, s'enchevêtrent, si

je puis m'exprimer ainsi, et il devient difficile de déterminer à laquelle il faut plus particulièrement attribuer la lésion.

Symptômes, terminaisons, diagnostic.—Il n'y a pas de symptômes précurseurs des ruptures de l'utérus; mais, lorsque les causes que je viens d'énumérer se réunissent chez une femme en travail, l'accoucheur doit prévoir la possibilité d'un accident et prendre ses dispositions en conséquence. Lorsque la rupture se produit, elle s'annonce ordinairement par les symptômes suivants :

Une douleur poignante dans l'abdomen, un frisson subit : la femme pousse un cri; elle est anéanti de terreur, elle semble avoir eu tout à coup l'intuition du danger qu'elle court. En certains cas, elle accuse une sensation de rupture, et l'on dit même qu'un bruit a été quelquefois perçu par les assistants. Pour quelques femmes, le décubitus dorsal est impossible; elles restent accroupies sur leur lit. Ordinairement, un écoulement de sang, qui peut acquérir des proportions considérables, se manifeste par la vulve.

A ces signes si alarmants, on peut voir succéder un calme trompeur et de courte durée; la douleur s'apaise, la femme sent une douce chaleur se répandre dans son ventre. Cela est dû, sans doute, à l'épanchement du sang dans cette cavité, car la rupture s'accompagne souvent d'hémorrhagies internes, et c'est alors qu'elle est si rapidement funeste. Puis, sans transition, les phénomènes redeviennent alarmants : syncope, froid des extrémités, pâleur de la face, coloration bleuâtre des lèvres, petitesse et vitesse du pouls; en un mot, symptômes des grandes hémorrhagies internes et de l'épuisement nerveux; quelques convulsions légères, mort.

La marche n'est cependant pas toujours aussi brutale; les accidents qui suivent immédiatement la rupture peuvent se présenter avec une intensité beaucoup moindre et même faire défaut presque totalement. Cela a lieu lorsque la solution de continuité s'est produite avec lenteur, qu'elle est petite, qu'elle n'occupe pas les parois latérales de l'organe et qu'une partie fœtale vient en quelque sorte

l'obturer et mettre obstacle à l'hémorrhagie. Quelques femmes n'ont pas éprouvé, au moment où la rupture s'est produite, une douleur plus forte ni plus caractéristique que dans les contractions précédentes, et l'accoucheur, dont l'attention n'a pas été éveillée par ce signe, n'a quelquefois reconnu la rupture qu'à l'autopsie. Mais, une rupture étant reconnue, de ce que les accidents primitifs (ceux que je viens de décrire) s'apaisent ou ne se manifestent qu'à un faible degré, il n'y a pas lieu de chanter déjà victoire! Des accidents consécutifs sont imminents et peuvent encore enlever la malade plus ou moins brusquement. Ces accidents consécutifs sont la péritonite, le tétanos, les abcès, les vastes suppurations dans le tissu cellulaire circonvoisin, l'infection putride et l'infection purulente. Quant à la possibilité d'une terminaison favorable par l'enkystement du fœtus, c'est une ressource que la nature emploie (rarement, il faut le dire) lorsque la rupture se produit dans les premiers temps de la grossesse; mais il n'y faut pas compter dans les circonstances qui font le sujet de cette thèse.

Les symptômes précédents ne sont pas les seuls éléments du diagnostic. L'examen de la forme du ventre, le palper, la percussion, le toucher et l'auscultation, fournissent aussi des signes.

Si, après avoir observé la forme normale du ventre, on s'aperçoit qu'une altération se soit produite dans cette forme; si l'on voit une tumeur se manifester rapidement dans une région de l'abdomen où il n'en existait pas tout à l'heure, on doit croire à une rupture de l'utérus et au passage du fœtus dans la cavité du péritoine; la forme de la tumeur elle-même, reconnue par le palper et la percussion, aidera à établir le diagnostic. Si l'accoucheur est auprès de la femme au début de l'accident, l'auscultation pourra prêter son concours, en faisant reconnaître un déplacement dans le maximum d'intensité des bruits du cœur fœtal. Ce signe cessera en très-peu de temps d'être perceptible, en raison du trouble et même de la cessation de la circulation utéro-placentaire, qui ont pour résultat la mort de l'enfant. Mais le signe par excellence est fourni par le toucher:

en effet, si dès le début du travail, on a pu atteindre et définir la partie qui se présentait; si, de plus, on a pu constater le progrès, la marche du travail, et qu'en même temps que se manifestent les autres symptômes, cette partie fœtale soit devenue tout à coup inaccessible au doigt, alors plus de doute, on a affaire à une rupture de l'utérus.

Si l'orifice est dilaté, il faut introduire la main dans la matrice et chercher à reconnaître la solution de continuité. Cette pratique doit être mise en usage, même après la sortie du fœtus, toutes les fois que l'on aura lieu de penser à l'existence d'une rupture. Il ne faut pas oublier ici qu'un accident de la délivrance, le chatonnement du placenta, a pu en imposer à un accoucheur célèbre (1), et lui faire croire pendant quelques instants à une rupture, chez une femme dans l'utérus de laquelle il avait été obligé d'introduire la main, pour extraire le délivre. Dans plusieurs cas de ruptures utérines, il est arrivé que des anses intestinales se sont engagées dans la solution de continuité et ont été étranglées par le retrait de la matrice. La présence de l'intestin dans l'utérus est un signe pathognomonique de la rupture; quand il se rencontre, il faut, avant toute autre chose, opérer la réduction de l'intestin.

Siége. — On admet des variétés dans les ruptures, suivant leur siége et leur étendue, et il y a sans doute une utilité à cette division, parce que le pronostic et le traitement ne sont pas tout à fait les mêmes dans tous les cas. Ainsi on distingue les ruptures limitées dans un espace circonscrit, de celles qui se propagent avec plus ou moins d'irrégularité, dans une vaste étendue de l'organe; celles qui ont lieu sur le col, de celles qui occupent le corps et le fond; celles qui siégent sur les faces antérieures ou postérieures, de celles qui intéressent les parois latérales. Celles-ci sont, après celles du col, les plus fréquentes et elles sont les plus graves de toutes, parce que les

(1) Antoine Dubois.

vaisseaux utérins abordent l'organe par les parois latérales, et qu'en raison de cette disposition anatomique, la vascularisation y est plus grande qu'ailleurs, ce qui expose davantage aux hémorrhagies. J'ai déjà dit que les solutions de continuité prennent le nom de déchirures, lorsqu'elles ont pour point de départ le pourtour de l'orifice externe. Il ne peut être question ici que des déchirures qui ont quelque gravité, de celles qui se propagent de la partie vaginale au reste du col et même au corps de l'organe. On ne peut considérer comme des maladies les légères déchirures du col qui sont la conséquence des accouchements naturels même les plus simples, et qui servent plus tard à faire reconnaître la multiparité des femmes.

Pronostic. — Le lecteur a déjà pu voir, par ce qui précède, que la rupture de l'utérus est un accident très-grave. C'est effectivement l'un des plus dangereux qui puissent compliquer la fonction pénible de l'enfantement. La rupture de l'utérus, c'est le plus souvent la mort de la femme et de l'enfant dans un délai très-bref, et les femmes qui en réchappent restent, pour la plupart, infirmes toute leur vie, et sont très-exposées à de nouvelles ruptures, si par malheur elles redeviennent enceintes. Il est cependant certaines natures exceptionnelles qui ont le merveilleux privilége de n'être que médiocrement influencées par les désordres les plus graves, tandis que d'autres organisations, plus sensibles, plus délicates, plus frêles, sont d'abord abattues, même par des lésions légères. Eh bien ! on a vu des femmes incorrigibles (qu'on me passe l'expression) guérir d'une première rupture, redevenir enceintes, voir leur matrice se rompre de nouveau, et périr enfin du même accident dans une troisième ou quatrième grossesse subséquente (1).

---

(1) Voici une observation remarquable ; je la reproduis telle qu'elle a été donnée par la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, du 21 juillet 1854, n° 42, tome 1, p. 697.

Rupture extraordinaire de la matrice, par le D[r] Caifassi.

« Les antécédents de cette malade justifient effectivement la qualification

Traitement. — Avant d'indiquer les moyens par lesquels on peut combattre les accidents terribles qui sont le résultat d'une rupture de l'utérus déjà produite, je crois convenable de rappeler ici certains préceptes dont l'accoucheur ne doit jamais se départir et dont l'application constitue la seule prophylaxie de ces accidents terribles.

a. Le premier de ces préceptes est de commencer par diagnostiquer la présentation lorsqu'on est appelé auprès d'une femme en travail. Le diagnostic de la présentation est toujours d'une importance très-grande ; car, si elle est mauvaise, et que faute d'avoir exa-

---

d'*extraordinaire* que l'auteur donne au dernier accident qu'elle eut à subir. Soumise, en 1848, à l'opération césarienne; ayant eu, en 1851, une rupture de matrice pour laquelle la gastrotomie fut pratiquée, elle devint enceinte une quatrième fois vers le milieu de 1854. M. Caifassi se proposait alors de provoquer l'accouchement prématuré, il se présenta même pour y procéder vers la fin du septième mois. Mais il trouva alors (ce qu'il aurait pu, ce nous semble, constater plus tôt) que le diamètre sacro-pubien n'avait que 6 centimètres un quart, et, considérant que, même avec la réductibilité de la tête à cet âge, elle ne pourrait passer à travers une ouverture aussi étroite qu'au prix de violents efforts il craignit que la matrice, affaiblie par les opérations précédentes, et d'ailleurs située dans une obliquité antérieure extrême, ne pût supporter ses contractions. Il conclut donc qu'il était préférable de les lui épargner en faisant l'*hystérotomie*, et choisissant même, pour la pratiquer, le moment où le travail de la parturition ne serait pas encore commencé. Ce plan ne devait point se réaliser. La malade était arrivée au neuvième mois, lorsqu'un jour, se penchant pour relever un vase plein d'urine, elle sentit un désordre subit dans son ventre. Des lipothymies, une hémorrhagie, opérée par une rupture survenue à la peau très-mince qui couvrait la matrice, annonçaient assez la rupture de ce viscère. Éloignée de tout secours médical, cette femme succomba au bout de douze heures, et l'on ne put même arriver que trop tard pour sauver l'enfant. L'autopsie montra que, du pubis à l'ombilic et entre les deux muscles droits (séparés l'un de l'autre par un intervalle de 25 centimètres), la matrice n'était recouverte que par la peau et le péritoine. La nouvelle rupture s'était opérée dans la même place que celle survenue en 1851, et qui avait nécessité alors la gastrotomie, sur la moitié droite de la face antérieure de l'utérus, à six travers de doigt au-dessus du col.

« Jamais, dans des circonstances ordinaires, un effort aussi léger que celui qui

miné on ne la soupçonne pas, on fera courir à la femme (et à l'enfant aussi) les plus grands dangers. Quand donc, au début du travail, on ne peut atteindre la partie fœtale, on doit penser que la présentation est vicieuse ou qu'il y a un obstacle quelconque à l'engagement, et voici les précautions qu'il faut absolument prendre si l'on ne veut pas être cause d'accidents fort graves, entre autres, de ruptures :

b. Faire coucher immédiatement la femme et lui tenir le siége élevé au moyen d'un coussin passé sous les fesses; lui recommander de pousser le moins possible, de ne pas faire valoir ses douleurs; ne pas trop réitérer le toucher, et, si l'on touche, procéder avec la plus grande douceur, de peur de rompre prématurément la poche des eaux, dont la conservation est d'une importance capitale. Si par malheur cette poche se rompait avant la dilatation complète, se garder d'amener au dehors aucun membre du fœtus. L'exemple suivant est bien de nature à pénétrer l'accoucheur de la nécessité des précautions, en apparence banales, que je viens d'indiquer.

Une mulâtresse très-belle, parfaitement bien conformée, est prise des douleurs de l'enfantement. On fait venir un accoucheur, qui, de prime abord, diagnostique une présentation du sommet. Quelques heures se passent; les contractions sont bonnes, mais le travail ne marche pas assez vite, au gré de l'accoucheur. Il rompt les membranes, puis administre l'ergot de seigle à une dose inouïe (8 grammes). Une rétraction énergique s'empare de l'utérus; un bras de l'enfant s'engage et vient faire issue par la vulve.

---

occasioona ici la rupture de la matrice n'aurait suffi pour produire un pareil accident; mais l'amincissement extrême de la paroi de ce viscère, joint au défaut du soutien que la paroi abdominale lui prête habituellement, explique très-plausiblement la gravité du résultat, malgré la légèreté en apparence disproportionnée de la cause. » (*Gazetta medica italiana toscana*, 6 juin 1854, page 178.)

L'accoucheur, à bout de ressources (et il faut avouer qu'il n'avait pas jusque-là justifié d'une bien grande habileté), fait venir plusieurs médecins, qui, n'étant pas du métier, déclinent leur compétence. Enfin M. Pajot est appelé (fort longtemps après le commencement du travail); il constate que le membre qui sort par la vulve est déjà putréfié. Il veut essayer la version, elle est impossible. La matrice, fortement appliquée sur les parties fœtales, oppose un obstacle invincible; il faut attendre..., et espérer que la nature se chargera de l'expulsion du fœtus. L'évolution spontanée a lieu en effet (la grossesse date de sept ou huit mois, l'enfant est peu volumineux); mais, avant que l'expulsion ne soit complète, la matrice se rompt, et la malheureuse femme meurt quelques instants après sa délivrance. Voilà un cas dans lequel on peut dire que l'accoucheur a tué la femme, tout comme s'il lui eût tiré un coup de pistolet (1).

Qu'on me pardonne cette digression; mais je n'ai pu résister au désir de rapporter ce fait, qui offre des enseignements précieux. Il confirme de point en point la vérité de ce qui a été dit au commencement de cet article du traitement.

c. Lorsqu'on est appelé à faire une version, il ne faut pas commencer l'opération avant que l'orifice ne soit complétement dilaté ou dilatable, sauf dans des cas exceptionnels qui seront indiqués au traitement des hémorrhagies (2). Il ne faut pas exécuter les temps de recherche et d'évolution pendant les contractions, mais seulement pendant les intervalles de repos; se rappeler le conseil donné par Hippocrate «avoir les ongles coupés» et celui donné par A. Paré et par Franco «ne laissant aucuns anneaux aux doigts, afin de ne blesser les parties.» Quand la main est introduite, la tenir *à plat* pendant la contraction; enfin il ne faut pas attendre pour opérer que la ré-

---

(1) Cours de M. Pajot du 16 mai 1855.

(2) Voir p. 70 et 71.

traction ait appliqué les parois utérines contre les parties fœtales. Si la rétraction existe cependant, et qu'il faille néanmoins opérer, on combattra d'abord cette rétraction par les inhalations de chloroforme, les bains, les lavements laudanisés, le tartre stibié même, à dose nauséeuse, ou une large saignée, pratiquée la femme étant debout (1), pour amener une résolution rapide des forces et en conséquence la cessation de la rétraction. On profitera de l'état de collapsus pour opérer.

d. Si, tout le reste allant bien d'ailleurs, la tête est arrêtée par une rigidité du col, il faut employer le traitement indiqué contre cette complication : bains de siége, frictions belladonées sur le col, incisions au besoin.

e. Corriger les obliquités utérines, s'il s'en présente.

f. Si, après avoir franchi l'orifice, la tête est retenue par la résistance du plancher du bassin, appliquer le forceps. Lorsqu'on fait une application de forceps, il faut, avant de commercer les tractions, avoir soin de s'assurer si la tête est seule saisie; cela est d'une importance extrême. Quelquefois la tête de l'enfant presse sur le segment inférieur de la matrice, le repousse, l'amincit et s'en forme pour ainsi dire une calote. Des accoucheurs ont appliqué le forceps dans ces circonstances, et ont emporté, en même temps que le fœtus, une bonne portion de la matrice.

g. Si la femme présente un vice de conformation qui rende l'accouchement IMPOSSIBLE, tant que le passage sera assez grand pour admettre les instruments, on emploiera, l'enfant fût-il vivant, le perce-crâne et le céphalotribe. Si ces instruments ne peuvent être in-

---

(1) Cette pratique, dont on fait honneur au médecin américain Dewees, appartient à notre célèbre accoucheur Levret, ainsi que le démontre un cahier de notes de l'un de ses élèves, que le hasard a mis en la possession de M. le Dr Pajot (cours de M. Pajot du 8 juin 1855).

troduits, mieux vaut faire l'opération césarienne que d'abandonner les choses aux efforts de la nature. La matrice peut bien ne pas toujours se rompre dans ces circonstances, mais, à coup sûr, la femme et l'enfant périront. L'opération césarienne est donc ici parfaitement justifiée, puisqu'elle offre une chance de salut à laquelle on doit se rattacher, quelque douteuse qu'elle puisse paraître.

h. Je dois dire encore que, dans le but de prévenir tant de difficultés, on fera bien de provoquer l'accouchement avant terme, et même l'avortement, suivant le degré d'étroitesse du bassin, si l'on a été consulté à une époque de la gestation qui permette ces opérations.

Malgré les soins les plus assidus, les plus intelligents, des ruptures de la matrice peuvent encore se produire. Que faire dans des circonstances si graves? *Il faut agir sans perdre de temps.* L'indication est d'extraire le fœtus, de terminer l'accouchement; mais les moyens de remplir cette indication varient suivant les cas particuliers.

Si l'enfant est resté dans l'utérus, ou s'il n'a pas passé tout entier dans le ventre et qu'il y ait encore moyen de le retirer par les voies naturelles, c'est là, sans aucun doute, le parti le plus sage et celui qu'on doit essayer de prime abord. Il faut donc, *si la dilatation du col le permet*, introduire la main dans la matrice, hardiment, mais avec douceur, sans brusquerie ni précipitation; reconnaître la partie fœtale, saisir les pieds et tâcher de les ramener au dehors, en un mot, faire la version; on ira ensuite chercher le placenta avec la main, et on l'extraira. Il peut se faire que la rétraction survenue après la rupture et le passage partiel du fœtus dans l'abdomen diminue l'étendue de la solution de continuité et étrangle ainsi le fœtus. En cas pareil, il ne faut pas exercer de tractions considérables sur l'enfant : on risquerait d'occasionner un renversement de la matrice. Dans la prévision de cette disposition, il faut même *toujours s'assurer de l'état de la solution de continuité avant de commencer les manœuvres.* On a conseillé, si cette difficulté se présentait,

d'agrandir méthodiquement la rupture avec l'instrument tranchant, jusqu'à ce que le fœtus pût aisément être extrait; j'aimerais peut-être mieux faire la gastrotomie. Celle-ci me semble surtout indiquée dans les cas où l'enfant a souffert, et que c'est l'extrémité pelvienne qui a passé dans le ventre de la mère. En faisant la gastrotomie, on peut nettoyer la cavité péritonéale du méconium, qui très-probablement y a été répandu, et enlever ainsi une épine, un stimulus, dont le rôle est grand dans la production et dans la terminaison funeste des péritonites. Or, nous avons déjà vu que la péritonite est la conséquence la plus ordinaire et la plus fâcheuse des ruptures. Elle se montre presque toujours, même dans les cas d'extraction du fœtus par les voies naturelles, qui d'abord paraissaient devoir être des plus heureux (1).

La gastrotomie est commandée absolument lorsque le fœtus tout entier a passé dans le ventre, et que la matrice, revenue sur elle-même, ne permet plus l'introduction de la main et a, pour ainsi dire, obstrué ou tout au moins considérablement diminué l'étendue de la solution de continuité. Dans un cas pareil, on n'a pas d'autre ressource que l'opération, et il y a nécessité de la faire sans perdre de temps, car on doit toujours viser à retirer l'enfant vivant; et pour la mère, plus tôt sera extrait le corps étranger, moins grand sera le danger.

Cependant, quand la mort semble tellement inévitable que l'opération ne ferait que la rapprocher, tout en causant à la femme un

---

(1) On trouve dans les mémoires de Mme Lachapelle, t. 3, p. 184, un fait très-curieux, mais *très-exceptionnel*. Il s'agit d'une femme qui fut portée à la Maternité, avec une rupture utérine datant de neuf jours. Mme Lachapelle fit la version et retira un enfant complétement putréfié, qui avait passé tout entier dans l'abdomen. La femme eut une péritonite légère dont elle guérit; elle sortit de l'hôpital dix jours après y être entrée. On put la suivre pendant un an, et au bout de ce terme, elle continuait de jouir de la meilleure santé.

inutile surcroît de douleur; si, de plus, l'enfant est mort, il vaut mieux sans doute s'abstenir, malgré tout ce que l'inaction a de pénible dans une circonstance si pressante!

Je termine cet article en rappelant combien peu on doit compter sur la problématique ressource de l'enkystement du fœtus, et combien serait coupable l'accoucheur que ce frivole espoir empêcherait d'agir.

Le délivre doit être extrait par la même voie qui a donné passage à l'enfant.

Complication. — La rupture utérine est souvent compliquée de rupture du vagin. On a vu aussi la vessie se rompre en même temps que la matrice; mais cet accident est d'une telle rareté, qu'il n'est pas possible d'en faire une histoire séparée; il donne au pronostic un caractère de gravité inouïe. L'épanchement des urines dans le péritoine rend l'inflammation de cette séreuse inévitable. Toutes les ruptures vésicales connues, même celles qui ont été dénuées de toute complication, se sont terminées par la mort. A plus forte raison ce fatal résultat sera-t-il nécessaire si, en même temps, existe une rupture de l'utérus. La vie ne peut subsister avec de pareils dégats dans des organes aussi importants. L'accoucheur est donc complétement désarmé. Mais, s'il n'a rien à faire pour combattre l'accident déjà produit, il peut beaucoup pour l'éviter, et cela par une précaution bien simple : celle de vider la vessie, de ne pas la laisser se distendre par l'accumulation des urines. Il faut avouer, cependant, que le cathétérisme est quelquefois difficile chez la femme en travail. Lorsque la tête commence à s'engager, la vessie, qui se gonfle incessamment par l'arrivée de l'urine, tend à remonter toujours plus haut; l'urèthre est tiraillé, il change de direction, il est de plus aplati contre la symphyse pubienne. On aura de l'avantage à se servir d'une sonde d'homme plutôt que de la sonde de femme ordinaire; on a, du reste, fabriqué des sondes plates pour ce cas particulier.

§ II. Thrombus. — La lèvre antérieure du col s'engage quelquefois avec la tête dans l'excavation. Là elle peut être comprimée contre les pubis; elle se tuméfie alors par l'afflux du sang, et peut grossir au point de former une tumeur qui s'oppose à la descente de la tête. Le sang continuant à arriver dans la tumeur, elle finit par se rompre, et donne lieu à une hémorrhagie. Cette hémorrhagie ne peut être confondue avec les pertes utérines que nous étudierons plus loin. On doit la combattre par le tamponnement; les bourdonnets de charpie doivent être préalablement imbibés d'un liquide astringent. Elle a été quelquefois assez forte pour occasionner la mort.

§ III. Compression, gangrène. — Dans les bassins viciés, la paroi antérieure du col utérin peut être prise, en même temps que la vessie, entre la tête et la symphyse des pubis. Ces parties sont alors soumises à une compression qui peut les frapper de gangrène. Après l'accouchement, quelques jours s'écoulent sans que rien d'extraordinaire se passe. Puis tout à coup la malade se sent mouillée; les eschares se sont détachées; elle perd ses urines, elle a une fistule vésico-vaginale. La compression qui blesse la lèvre du col peut porter en même temps sur la paroi antérieure du vagin; la fistule est alors utéro-vésico-vaginale.

Lorsque l'angle sacro-vertébral est très-saillant, la paroi postérieure du col peut être comprimée contre cette éminence osseuse et être aussi mortifiée. Lorsque l'eschare tombe, si un épanchement de lymphe plastique n'est venu la doubler et réparer préalablement la solution de continuité du côté du péritoine, la cavité séreuse est mise en communication avec l'extérieur, et la vie de la malade est sérieusement menacée par l'inflammation qui ne tarde pas à se déclarer.

§ IV. Plaies. — Il est arrivé quelquefois qu'en faisant la perfora-

tion du crâne, l'instrument a glissé et est allé se planter dans le sacrum en traversant la paroi utérine, le péritoine, et le rectum. C'est là une très-grave blessure qu'on peut toujours éviter en ayant soin de n'appuyer sur le perce-crâne qu'après en avoir fortement abaissé le manche.

Enfin, pour rendre complète cette énumération des lésions que l'utérus peut éprouver par le fait de l'accouchement, je dois mentionner la possibilité de blessures par des esquilles pendant l'opération de la céphalotripsie.

§ V. Chute de l'utérus. — Cet accident, commun dans l'état de vacuité, assez rare pendant la grossesse, se montre plus rarement encore comme conséquence de l'accouchement. Il n'est même pas probable que ce dernier acte puisse produire une chute complète de l'utérus, lorsque la grossesse est à terme et que le fœtus a acquis son volume normal.

Les causes sont les mêmes que pour le prolapsus en temps ordinaire. Il faut y ajouter, comme cause déterminante, les efforts de l'accouchement. Ainsi, constitution molle, relâchement du vagin, défaut de résistance du plancher, leucorrhée, grossesses répétées et surtout ampleur exagérée du bassin : que chez une femme ainsi constituée, la parturition vienne à s'établir, une chute de l'utérus pourra en être la conséquence.

Quelquefois le prolapsus existe déjà au moment de l'accouchement, et il peut s'être produit soit pendant le cours de la grossesse, soit même avant la conception (1). Quoique ce ne soit pas, dans ce cas, une lésion produite par la parturition, je la mentionne ici,

---

(1) Voir, à ce sujet, une observation curieuse rapportée par Boyer (*Traité des maladies chirurgicales*, t. 10, p. 483, 3e édit.

parce que les soins à donner à la femme sont identiquement les mêmes.

Le diagnostic est facile : on voit à l'extérieur, faisant issue par la vulve, une tumeur volumineuse que sa forme, ses contractions, son orifice font reconnaître pour être l'utérus. Le palper et le toucher permettront de sentir les parties fœtales à travers les parois. En auscultant sur la tumeur, on pourra y entendre les battements du cœur si l'enfant est vivant.

On ne peut pas dire que ce soit une chose indifférente qu'un prolapsus de l'utérus qui survient pendant l'accouchement. Ce n'est cependant pas une complication très-grave. Je ne saurais établir au juste la proportion de femmes et d'enfants qui ont péri par cette cause. Les matériaux que j'ai sous les yeux ne me fournissent pas les éléments de cette statistique.

Traitement. — Quand un prolapsus existe pendant le travail, il ne faut pas chercher à le réduire. On doit se contenter de faire soutenir l'utérus par un aide qui saisira l'organe largement, à pleines mains. On tâchera de favoriser la dilatation du col par des applications de substances émollientes, par des frictions de pommade de belladone, etc. etc. Il faudra même dilater graduellement l'orifice avec les doigts, afin de terminer plus vite le travail. Si le col, devenu dur, fibreux, opposait une résistance très-forte, on aurait recours à des incisions pratiquées sur les bords de l'orifice.

Après la dilatation, l'accouchement peut se terminer seul. Si cette terminaison spontanée se faisait trop attendre, on emploierait le forceps ou la version, suivant les cas.

Pour délivrer, il faut se garder de tirer sur le cordon ombilical, le placenta fût-il détaché. On doit introduire la main dans l'utérus, décoller avec précaution le délivre s'il est encore adhérent, le saisir et en faire l'extraction. La délivrance terminée, il faut procéder à la réduction de la tumeur.

Le prolapsus peut se produire après l'accouchement. Ce cas n'offre pas de difficulté sérieuse de diagnostic. L'indieation est de réduire, puis de conseiller à la femme de garder le repos dans le décubitus dorsal, afin d'éviter la reproduction de l'accident.

§ VI Renversement de l'utérus. — On désigne sous ce nom un état dans lequel le fond de l'utérus, déprimé sous des influences diverses, vient saillir dans la cavité de l'organe, à la manière d'un cul de fiole, et même s'avance vers l'extérieur et sort entre les cuisses de la femme, après avoir franchi l'orifice utérin et parcouru le canal vulvaire.

Depuis la simple dépression du fond jusqu'au renversement complet, on peut observer toutes les nuances imaginables. On les a catégorisées sous les trois degrés suivants :

1° Simple dépression du fond;

2° Le fond a dépassé l'orifice, et remplit le vagin dans une étendue variable;

3° Issue de l'organe, tumeur entre les cuisses de la femme; c'est le renversement complet.

Dans ce degré ultime, la surface muqueuse de l'utérus, celle qui était en rapport avec l'œuf, est devenue extérieure; et la surface péritonéale, de convexe qu'elle était, s'est creusée en cavité dans laquelle viennent se loger et quelquefois s'étrangler des anses intestinales.

Jamais, ou presque jamais, le col ne participe au renversement. Je ne connais pas d'observation qui établisse le contraire de ce que j'avance ici. Le col reste donc à sa place, et il forme autour de la portion renversée de l'organe un anneau, circonstance importante à noter, et sur laquelle j'aurai à revenir un peu plus loin.

Étiologie. — Les causes de cet accident sont complexes. Certains états de la femme prédisposent au renversement : c'est l'ampleur des

parties occasionnant des accouchements trop rapides; ce sont les grossesses répétées; c'est le fait même d'un renversement dans une grossesse précédente; c'est un polype implanté sur la paroi utérine, polype dont le poids seul peut suffire à retourner l'utérus sur lui-même, en entraînant son fond au moment de la sortie du fœtus. Certaines causes, jointes aux prédispositions que je viens de signaler, déterminent l'accident : c'est, en première ligne, l'inertie, quelle qu'en soit la cause ,surtout si elle ne s'est emparée que d'une portion de la matrice, le reste de l'organe étant le siége de contractions irrégulières. Cette irrégularité des contractions commence l'œuvre que le poids de la masse intestinale, comprimée, poussée dans un effort, achève le plus souvent.

On a noté avec raison, comme une cause très-efficace, l'accomplissement de l'acte parturitif dans certaines attitudes. On a observé, en effet, de fréquents renversements chez des femmes qui ont accouché debout ou bien accroupies, pendant qu'elles étaient à la garde-robe. Dans ce cas, le fœtus, brusquement chassé, agit en quelque sorte comme un piston qui attire après lui tout ce qui se trouve derrière (la pression des intestins venant de plus en aide). A ce mécanisme, peut se joindre une action directe transmise à la paroi utérine par le cordon ombilical, si le placenta est resté adhérent.

Voilà une cause qui, tenant en partie à la mère, nous mène, par une transition insensible, à celles qui peuvent se rencontrer du côté de l'œuf; celles-ci agissent par un mécanisme essentiellement analogue à celui que je viens de décrire; elles consistent dans la brièveté du cordon ou son enroulement autour du fœtus, dans le volume et le poids exagéré du placenta, dans des adhérences trop puissantes de cet organe avec la matrice.

Assez souvent l'accoucheur, en exerçant des tractions intempestives sur le cordon ombilical, pour délivrer, a produit le renversement de l'utérus. Plus rarement, c'est en voulant extirper un polype qu'on a obtenu ce fâcheux résultat.

Symptômes, diagnostic. — Quand un renversement de l'utérus survient, il peut se faire ou que le placenta soit adhérent, ou qu'il soit décollé. Les symptômes varient suivant ces circonstances, et aussi suivant le degré du renversement.

Si le placenta est adhérent, pas d'hémorrhagie, et les symptômes sont obscurs, pour les premiers degrés de la maladie. La femme accuse une sensation de pesanteur, des tiraillements dans le ventre et aux lombes. Lorsqu'on cherche à limiter, par le palper abdominal, la tumeur formée par l'utérus dans l'une des fosses iliaques, on trouve cette tumeur irrégulière, plus molle qu'à l'ordinaire, présentant, sur l'un de ses points, une dépression plus ou moins marquée. Pendant que la main est sur le ventre, si l'on imprime au cordon ombilical de légers mouvements de traction, on sent que la paroi ombilicale s'affaisse, semble fuir sous la main, et a de la tendance à suivre l'effort transmis par le cordon. Si l'on porte la main dans la cavité utérine, on peut limiter directement la saillie formée par le fond introversé. Tels sont, à peu près, les signes auxquels on reconnaîtra une dépression du fond de l'utérus, le placenta étant encore adhérent. Si, au contraire, le délivre est décollé, comme l'inertie totale ou partielle est la cause et la compagne ordinaire du renversement, l'hémorrhagie en sera la première conséquence, et elle sera suivie de tout son cortége de symptômes. La présence de la perte donnera l'éveil; pour l'arrêter, on portera la main dans la matrice, et c'est seulement alors, dans la plupart des cas, que l'on reconnaîtra l'introversion.

Dans le second degré de la lésion, le fond de l'utérus a franchi l'orifice et bouche en partie le vagin. Les symptômes sont ici plus marqués; la douleur est beaucoup plus vive; le palper abdominal démontre l'absence de la tumeur qui devrait exister, à l'état normal, dans l'une des fosses iliaques. Par le toucher, on trouve, plus ou moins haut dans le vagin, une tumeur dont les caractères varient suivant que le placenta est décollé ou adhérent; dans ce dernier cas,

en suivant le cordon comme guide, on arrive sur la surface fœtale du délivre, douce au toucher, en quelque sorte vernissée, et parsemée de nombreux reliefs vasculaires. Si le placenta est décollé, on a la sensation d'une tumeur fongueuse, parsemée de mamelons mollasses; un abondant écoulement de sang par la vulve accompagne cet état, et ne se montre pas, bien entendu, lorsque le placenta est adhérent.

En circonscrivant la tumeur par le toucher, le doigt, porté le plus haut possible dans le vagin, parviendra quelquefois à atteindre le col, et à le reconnaître. On le trouve tantôt extensible et mou, tantôt rigide, et serrant fortement le pédicule de la tumeur. Dans ce degré du renversement, si l'on porte une sonde dans la vessie, et qu'on pratique en même temps le toucher rectal, on pourra sentir, au bout du doigt, la sonde, à travers les minces parois de la vessie et du rectum. Ce signe est excellent, pour indiquer que la matrice n'est plus interposée entre les deux organes.

Des nausées, des coliques violentes, des vomissements incoercibles, en un mot, tous les signes de l'étranglement interne, peuvent se présenter ici, car il est possible que des anses intestinales, engagées dans la cavité nouvelle, y soient comprimées, et donnent lieu ainsi à tout cet appareil alarmant.

Lorsque le renversement est complet, le diagnostic devient d'une grande facilité, il suffit de regarder pour voir; une vaste tumeur pend entre les cuisses de la femme, le placenta est quelquefois adhérent à cette tumeur, et c'est là, en vérité, un caractère infaillible, à moins que, par exception rarissime, par une bizarre circonstance, le placenta ne soit implanté sur un polype, ce qui se reconnaît à ce que le palper abdominal fait trouver la matrice à sa place ordinaire; si l'arrière-faix est enlevé, on reconnaîtra sa surface d'implantation, qui tranche sur le reste de la tumeur par ses inégalités et par la présence des orifices béants des vaisseaux utérins, desquels le sang s'écoule en nappe intarissable jusqu'à la réduction de la tumeur.

Ce degré extrême du renversement s'accompagne de symptômes généraux très-graves, surtout si la lésion s'est produite brusquement, et la mort peut en être la fatale et rapide conséquence; si le placenta est décollé, les symptômes de l'hémorrhagie se présentent; mais, même sans cela, il y a ordinairement des syncopes occasionnées par la déplétion trop brusque du ventre, syncopes pendant lesquelles l'existence est à chaque instant menacée de s'éteindre.

D'après tout ce qui vient d'être dit, on voit que le diagnostic du renversement est en général facile; les caractères que j'ai énumérés suffisent pour distinguer un utérus renversé d'un polype; une erreur de diagnostic n'est pas possible lorsqu'on assiste à la production de l'accident ou lorsqu'on est appelé tout de suite après, pour peu qu'on y mette de l'attention; mais l'erreur est possible lorsqu'on est appelé à traiter une femme longtemps après sa couche, que les commémoratifs manquent, et que les caractères qui tiennent à l'état puerpéral sont entièrement dissipés. Mais cela rentre dans le domaine de la chirurgie pure, et je ne dois pas y faire d'incursions.

Pronostic. — On peut dire, d'une manière générale, que le renversement de l'utérus présente toujours de la gravité; le pronostic se base sur le degré de la lésion, sur le plus ou moins de rapidité avec laquelle elle s'est produite, sur l'adhérence ou l'avulsion du placenta. Disons tout d'abord que la lésion est moins alarmante quand le placenta est adhérent, tandis qu'elle menace prochainement la vie dans le cas contraire, par suite de l'hémorragie, et cela dans tous les degrés possibles du renversement. Cette circonstance écartée, on doit reconnaître que la simple dépression n'est fâcheuse que parce que c'est le premier pas vers un déplacement plus considérable qui peut survenir tôt ou tard, pendant l'état puerpéral, sous l'influence des moindres efforts. Dans le deuxième degré, le pronostic est très-grave, et il l'est plus encore dans le troisième, à cause de l'étranglement de la tumeur par le col, et de la difficulté toujours

croissante que présente la réduction. Les dangers immédiats sont tels, que la vie est sérieusement compromise, et si l'on a le bonheur de les conjurer sans parvenir ensuite à faire la réduction, la femme est condamnée à la stérilité, et elle est assujettie, sauf de bien rares exceptions, à une pénible infirmité pour le reste de ses jours, sans compter les tentatives plus ou moins homicides dont elle peut être l'objet plus tard de la part de chirurgiens inattentifs qui pendront cette matrice pendante pour un polype et en feront tout bonnement l'extirpation.

Traitement. — On peut, jusqu'à un certain point, établir une prophylaxie du renversement de l'utérus : ainsi, chez une femme qu'on reconnaîtra prédisposée, chez celle surtout qui aura une fois éprouvé l'accident, il sera bon de mettre en usage des moyens propres à empêcher l'accouchement de se faire trop vite ; ainsi on placera des coussins sous la femme, afin de lui maintenir le siége élevé ; on lui conseillera de pousser le moins possible, on s'opposera même à la progression du fœtus en le retenant avec les doigts, ou même au moyen d'une application de forceps, s'il y a lieu.

Après l'accouchement, on fera des frictions légères sur le ventre pour exciter la matrice à se rétracter, on se gardera de délivrer avant qu'elle soit parfaitement revenue sur elle-même ; en tout cas, lorsqu'on y procédera, ce sera avec précaution, lenteur, tâtonnement ; une main placée sur l'abdomen avertira de la tendance de la matrice à se renverser, si cette tendance existe ; enfin, si, par des tractions modérées et faites dans l'axe du détroit supérieur, le délivre ne vient pas, on n'insistera pas davantage sur ce moyen ; mieux vaut porter la main dans la matrice, et extraire ainsi l'arrière-faix, en se conduisant de la façon que pourraient indiquer les diverses causes de rétention du placenta.

Dans le premier degré du renversement, la main introduite dans

la matrice tendra à éveiller la rétractilité, ou du moins à la régulariser dans sa mise en jeu; on ne retirera la main que lorsqu'on la sentira expulsée par une bonne rétraction, laquelle peut seule mettre un obstacle efficace et durable au renversement; lorsque ce résultat sera obtenu, comme on est autorisé à craindre le renouvellement de l'inertie, et partant la reproduction de l'accident, on fera bien d'administrer quelques doses d'ergot de seigle pour maintenir la rétraction; mais qu'on prenne bien garde que, hors ce cas, faire prendre à la femme de l'ergot de seigle pour remédier au renversement serait une pratique déplorable.

Dans le deuxième et le troisième degré, l'indication est nette, franche, propre à ne laisser aucun doute : il faut rétablir le viscère dans sa position et ses rapports normaux, il faut réduire l'utérus renversé. Pour remplir cette indication urgente, deux procédés sont proposés, qui ne s'excluent pas, qui trouvent chacun leur emploi et qui peuvent même parfois être utilement combinés. Les voici :

L'un consiste à placer la main enduite de cérat, en cône, au centre de la tumeur, et à pousser avec précaution, de manière à faire rentrer les premières les parties sorties les premières. Le second procédé consiste à prendre la tumeur à deux mains et à réduire peu à peu les parties sorties les dernières. Ce procédé est peut-être plus facile lorsque le col est resserré et gêne la réduction. La rigidité du col doit, au reste, être traitée par les frictions d'extrait de belladone portées sur le col lui-même si on peut l'atteindre, ou au moins sur la partie du vagin la plus voisine.

Mais, avant de tenter la réduction, une grave question se présente. Il peut en effet arriver de deux choses l'une : 1° le placenta est adhérent, 2° le placenta est enlevé. Dans cette dernière hypothèse, pas d'hésitation, pas de doute, il faut procéder sans retard à la réduction. Mais, dans le premier cas, faut-il préalablement détacher le délivre et réduire ensuite, ou bien réduire le tout ensemble et attendre que la délivrance se fasse sous l'influence des contrac-

tions qui s'éveilleront plus tard? Cette dernière pratique semble la plus rationnelle, parce que le placenta adhérent est le meilleur hémostatique qu'on puisse imaginer pour s'opposer à la grave complication de l'hémorrhagie; mais sa présence rend la tumeur plus grosse, et partant, plus difficile à réduire. Je pense qu'il faut d'abord tenter la réduction avec le placenta. Si l'on n'y parvenait pas, ou que la chose présentât des difficultés telles, qu'il faudrait, pour les surmonter, avoir recours à la violence, mieux vaudrait alors décoller d'abord le délivre, et réduire ensuite rapidement. Il va sans dire que si l'arrière-faix, au lieu d'être partout adhérent, offrait des déchirures par lesquelles une perte aurait lieu, le mieux serait de l'enlever complétement avant de procéder à toute tentative de réduction.

La réduction d'un utérus renversé est ordinairement très-douloureuse; aussi excite-t-elle des cris, des efforts violents, de la part de la malade. Ces efforts, qui tendent toujours à expulser les viscères abdominaux, constituent souvent une sérieuse difficulté. Dans ce cas, le chloroforme me paraît très-bien indiqué : avec l'emploi de cet agent, pas de douleurs, pas de cris, pas d'efforts qui mettent obstacle à la réduction; l'accoucheur est libre dans ses manœuvres, et ce sont là des avantages incontestables.

Il n'y a pas de temps à perdre, je l'ai déjà dit, pour faire la réduction; toute tergiversation serait ici sans motif et pourrait être funeste. Il faut réduire très-vite; autrement (surtout dans le troisième degré), la circulation de retour éprouvant des obstacles dans cette tumeur étranglée à son pédicule, celle-ci se gonflera incessamment et pourra en fort peu de temps devenir irréductible. Si l'on est appelé auprès d'une femme qui soit déjà dans cet état, il faut tâcher de diminuer le volume de la tumeur par des applications froides et résolutives; une compression méthodique, exercée avec les mains, pourra aussi avoir ses avantages. Par ces moyens on a obtenu des succès marqués. Mais il arrive quelquefois que l'afflux

du sang continuant toujours dans la partie renversée, celle-ci se gonfle énormément, s'étrangle sur le col rigide, et l'étranglement peut être porté à ce point que la tumeur soit frappée de gangrène. Dans ces cas désespérés, force est bien d'enlever avec l'instrument tranchant les parties du viscère mortifiées, et de tâcher de réduire ensuite. Hormis ces cas, on ne doit pas se permettre de porter le bistouri sur la matrice pour l'amputer. Cette opération audacieuse, téméraire, pour me servir d'un terme plus approprié, n'a produit que des succès trop exceptionnels pour que celui qui la pratique n'encoure pas un blâme sévère.

Après la réduction, il faut laisser la main dans la matrice jusqu'à ce que la rétractilité se réveille et l'expulse. La conduite à tenir ici et les conseils à donner à la femme sont les mêmes que j'ai déjà indiqués en exposant le traitement du premier degré du renversement.

CHAPITRE II.

INTRODUCTION DE L'AIR DANS LE SYSTÈME CIRCULATOIRE, PAR LES SINUS UTÉRINS.

Neuve encore, mais établie sur des bases certaines au point de vue chirurgical, la question de l'introduction de l'air dans les veines ne me semble pas douteuse non plus, au point de vue obstétrical. La science ne possède pas, à la vérité, un grand nombre d'observations complètes à cet égard ; mais il y en a quelques-unes de concluantes, et, parmi celles-ci, je puis citer celle de M. Lionet, de Corbeil (1), à laquelle la sanction de l'anatomie pathologique ne manque pas, car, à l'autopsie, l'air a été trouvé dans le système cir-

---

(1) Voici l'observation de M. Lionet, telle que je la trouve rapportée dans la thèse de M. Dehous :

« Une dame de vingt-sept ans, de taille ordinaire, grasse, fraîche et bien portante, mais très-impressionable et sujette à des attaques d'hystérie, éprouve, au huitième mois de sa grossesse, une frayeur très-vive, à la suite de laquelle une aphonie se déclare; saignée ; sinapisme à la région cervico-dorsale; la parole est recouvrée; la grossesse continue sa marche naturelle, et les mouvements de l'enfant se firent sentir jusqu'à l'apparition des douleurs, qui se déclarèrent vingt-trois jours après. La sage-femme remarqua seulement qu'elle était plus pâle et plus faible que d'habitude. Il fallut la porter sur un lit (elle était cependant sortie la veille, à pied). La dilatation du col étant peu considérable, la sage-femme crut pouvoir s'absenter quelques instants ; revenue à peu près au bout d'une demi-heure, elle trouva, dit-elle, la tête à la vulve, et l'enfant, quoique bien constitué, arriva mort. La délivrance suivit de près; la matrice se contracta convenablement, mais les forces ne revinrent pas; la malade conserva une pâleur extrême, et la sage-femme, lauréat de la Maternité, ayant épuisé ses ressources, me fit demander; je ne la vis que trois heures après la délivrance ; elle était d'une pâleur extrême, faisait à chaque instant des efforts de vomissement, et respirait avec difficulté. On me raconta les circonstances de l'ac-

culatoire. Cela doit suffire, sans doute. Cependant je ne dois pas omettre de rappeler que la pathologie comparée démontre la possibilité de cet accident. Legallois, dans le cours d'expériences qu'il faisait sur des lapines, en vit trois périr de mort subite, à la suite de renversements de l'utérus survenus après la parturition, et qu'il n'avait pu réduire qu'après deux tentatives infructueuses. « L'air, dit Legallois, s'était introduit dans les veines utérines; il avait parcouru la veine cave inférieure; il distendait les cavités droites du cœur. »

Cette lésion est rare, assurément, mais pas autant qu'on le croit,

---

couchement; on m'affirma qu'il n'y avait pas eu d'hémorrhagie. Doutant encore, je me fis représenter les linges, qui ne me parurent pas imbibés d'une manière insolite. La matrice formait un ovoïde qui soulevait les parois abdominales; la vulve laissait échapper un petit suintement séreux; j'introduisis la main dans la cavité de la matrice; elle contenait peu de caillots, et, craignant une rupture, je fis faire une injection froide.

« Je fis retirer les oreillers, afin de mettre la malade sur un plan horizontal, et je comprimai l'aorte, non-seulement pour arrêter l'hémorrhagie, en supposant qu'elle eût lieu par une rupture, mais surtout pour favoriser l'aflux du sang vers le cerveau et vers le cœur, dont les battements étaient irréguliers. On plongea les mains dans de l'eau chaude sinapisée; on administra des boissons cordiales, une potion stimulante à l'intérieur; on fit extérieurement usage de l'ammoniaque et des frictions chaudes; la malade se plaignait toujours d'étouffer : « De l'air, « de l'air, disait-elle, ou je vais mourir. »

« Témoin de cette agonie pendant près d'une heure, je fis appeler le Dr Petit père, qui renouvela l'exploration de la matrice, et la malheureuse femme expira entre nos mains, après deux heures de soins continus, cinq heures après la délivrance, sans avoir éprouvé d'autre soulagement que l'impression agréable des courants d'air qu'on établissait sur son visage par la ventilation.

« L'enfant était de force moyenne, bien conformé; ses membres étaient contractés et rigides, comme s'ils venaient d'être convulsés, et cette contracture existait encore huit à dix heures après son expulsion.

« L'autopsie fut faite environ trente heures après la mort, par une température de 12 à 14°, par MM. Petit père et fils, Surbled et moi.

« Le cadavre était blanc jaunâtre comme de la cire; l'estomac et les intestins étaient distendus par une grande quantité de gaz; la muqueuse était pâle et

parce que sans doute elle a dû bien des fois passer inaperçue. Plusieurs morts subites inexpliquées n'ont peut-être pas eu d'autre cause.

L'étiologie est difficile à faire. Les faits rapportés par Legallois sont de nature à faire penser, de prime abord, au renversement de l'utérus, comme cause, même dans l'espèce humaine, où je ne sache pas toutefois que cela ait été observé. Tout ce que l'on peut dire, c'est que la sortie du fœtus constituant un vide dans les organes génitaux de la femme, l'air extérieur doit nécessairement avoir de la

---

parfaitement saine; la matrice, légèrement ecchymosée sur les côtés, n'offrait aucune trace de déchirure, et ne contenait point de caillots; de l'eau introduite dans sa cavité ne s'échappa par aucune ouverture, quoique fortement comprimée. La surface où s'unissait le placenta était veloutée et sillonnée d'une grande quantité de veines sinueuses, sans apparence d'ouverture. La veine cave parut énorme, d'un aspect ardoisé; mais ayant été lésée par le scalpel, quand on retira la matrice, il fut impossible de s'assurer de la nature de son contenu. Toutefois, dans la supposition qu'elle pouvait contenir de l'air qui se serait introduit par les sinus utérins, les investigations furent dirigées dans ce sens, et après avoir constaté qu'il n'existait rien dans la poitrine, on examina le cœur avec beaucoup de précaution, et l'on trouva quelques bulles d'air mêlée avec la petite quantité de sang que contenaient les ventricules; elles étaient plus abondantes à droite qu'à gauche. On admit donc que la mort était le résultat de l'introduction de l'air dans les veines, par la matrice, sans discussion sur le mécanisme, et deux de nos confrères se retirèrent. Je continuai les recherches avec M. Petit père, et le crâne ayant été enlevé circulairement, l'arachnoïde nous parut soulevée par de petites plaques transparentes que nous reconnûmes pour des bulles d'air qui se laissaient facilement déplacer par la pression. Les membranes et les vaisseaux étaient peu colorés, et nous fûmes très-étonnés de voir, dans plusieurs des veines qui rampent entre les circonvolutions du cerveau, de petites colonnes d'air séparées par d'autres petites colonnes de sang rosé; en les poussant avec le doigt, on réunissait ces petites colonnes de manière à donner aux veines l'aspect de fragments de vermicelle longs de plusieurs centimètres; la même disposition fut reconnue dans quelques veines de la base du cerveau. Nous n'avons pas eu la pensée d'examiner les veines des membres. » (Lionet, de Corbeil, *Journal de chirurgie* de M. Malgaigne, août 1845.)

tendance à venir remplir ce vide ; que si la matrice, en se rétractant, n'efface pas sa cavité, l'air pourra y pénétrer ; qu'une fois arrivé là, il peut passer dans les vaisseaux utérins béants (1). Mais par quel mécanisme ? Ce n'est probablement pas par le fait de la rétraction, dont le résultat est de fermer les orifices des vaisseaux ; ce serait plutôt par la contraction des muscles abdominaux agissant sur les parois d'un utérus inerte. Ici l'effort extérieur tend à diminuer la cavité par un mécanisme tout autre que celui de la rétraction : les sinus restent béants, et il ne répugne pas d'admettre qu'en pareille condition l'air puisse sans difficulté y pénétrer, surtout si l'on songe que l'action aspiratrice de la poitrine, transmise par le flux et le reflux de la masse intestinale, peut se joindre à l'action compressive des muscles abdominaux.

Dans la plupart des cas de mort attribués à la pénétration de l'air par les sinus, les femmes ont été soumises à l'introduction de la main dans la matrice, pour combattre une hémorragie réelle ou supposée. Il ne serait pas impossible que cette manœuvre n'eût pu favoriser le passage de l'air dans l'appareil circulatoire. Au rapport de M. P. Bérard, dans un cas qui fut mortel, l'air paraît avoir été poussé, au lieu de liquide, dans l'utérus, par une seringue dont le piston ne prenait pas juste.

Dans les observations où, après l'accouchement, la mort de la malade a été attribuée à l'introduction de l'air, les femmes n'ont pas

---

(1) Dans le 2e volume des *Mémoires de Mme Lachapelle*, on remarque la note suivante :

« La plus grande épaisseur (des parois de l'utérus) répondait à l'adhérence du placenta, que faisait reconnaître une surface livide, molle et élevée, quoique lisse, située vers le fond et la paroi postérieure. Les veines utérines ou sinus s'ouvraient, là seulement, par des orifices fort larges (une ligne et demie de diamètre), et par lesquels l'air insufflé passait aisément de l'intérieur de l'utérus jusque dans les veines iliaques et réciproquement. »

L'observation dont cette note fait partie est intitulée *Spasme mortel sans hémorrhagie après l'accouchement.*

fait entendre ce cri de détresse, ce cri en quelque sorte prophétique, suivant l'expression de M. P. Bérard, que les malades ont poussé, la plupart du temps, lorsque, sous le bistouri du chirurgien, une veine supérieur a été ouverte dans la région dangereuse, ce qui peut faire supposer que l'irruption de l'air n'a pas été brusque et n'a pas, du premier coup, enrayé le jeu des fonctions. Dans toutes les observations, la malade a pâli, a senti ses forces s'en aller, un malaise indéfinissable s'emparer d'elle, sans qu'elle pût en indiquer la source; une dyspnée excessive, quelquefois des battements du cœur tumultueux et irréguliers, des pertes de connaissance, sont venus compliquer la scène; puis la vie s'est éteinte dans une syncope finale.

Il est à peine besoin de dire que le mécanisme de la mort est le même ici que dans tous les cas possibles d'introduction de l'air. Je renvoie, pour les théories, aux livres de chirurgie qui ont traité cette question *in extenso*. Quant à moi, je ne dois aborder, de ce sujet, que ce qui rentre dans le point de vue auquel je me suis placé.

La mort est-elle la conséquence inévitable de l'entrée de l'air par les sinus utérins? Je ne le pense pas, et je fonde mon opinion sur l'analogie. En effet, dans les cas d'introduction de l'air par une autre voie, les patients n'ont pas toujours succombé. Le pronostic est cependant fort grave.

Les ressources de l'art sont très-limitées contre une lésion de cette nature; les moyens que les chirurgiens ont indiqués n'ont pas empêché la plupart des malades de mourir entre leurs mains. Il faut cependant essayer de secourir la femme. On administrera des boissons cordiales; on se conduira comme si on avait affaire à une syncope. Je ne vois aucune indication spéciale qui puisse ressortir de l'état puerpéral.

CHAPITRE III.

HÉMORRHAGIES.

Parmi les accidents les plus fréquents qui puissent compliquer l'accouchement, on doit compter les hémorrhagies, qu'elles aient leur source dans l'utérus même, ou qu'elles se manifestent comme conséquences de lésions traumatiques diverses. Ces dernières trouveront leur place à côté des lésions qui les produisent, de sorte que ce chapitre-ci reste uniquement consacré aux hémorrhagies utérines.

L'hémorrhagie utérine peut se montrer pendant la grossesse, et elle constitue alors la cause immédiate la plus ordinaire de l'avortement. Elle offre alors par conséquent un grand intérêt; mais les limites que m'impose mon sujet m'obligent à la laisser de côté, pour ne m'occuper ici que de l'hémorrhagie comme complication de l'accouchement. Je crois devoir faire entrer dans le cadre de ma description les pertes qui peuvent survenir après la délivrance, jusqu'à l'apparition de la fièvre de lait, à cause de l'identité de nature qui les rapproche à tous égards de celles qui compliquent la délivrance.

Pour mettre de l'ordre dans l'exposé de ce sujet important, je diviserai les hémorrhagies en deux catégories :

1° Hémorrhagies pendant le travail,

2° Hémorrhagies après le travail.

Celles-ci comprenant deux variétés :

A. Avant ou pendant la délivrance;

B. Après la délivrance, jusqu'à l'apparition de la fièvre de lait.

Quelle que soit l'époque du travail à laquelle elle survient, l'hémorrhagie peut se faire jour au dehors, et c'est le cas le plus ordinaire, ou bien elle peut rester latente, le sang épanché s'accumulant

dans l'utérus et même en certains cas dans le vagin; de là une autre division qui a aussi son importance :

1° Hémorrhagies externes,

2° Hémorrhagies internes.

Étiologie. — Les violences extérieures, agissant, en définitive, comme la plupart des causes qui tiennent à la femme, en produisant le décollement du placenta, il est inutile de m'étendre beaucoup sur leur compte. Il me suffira de dire que des coups portés sur l'abdomen, des chutes sur le siége, pendant le travail, ont quelquefois occasionné des hémorrhagies utérines.

Fidèle à l'ordre que j'ai adopté, j'étudierai les causes, en commençant par celles qui dépendent de la femme.

Ce sont d'abord celles des hémorrhagies en général. Ainsi, certaines constitutions transmissibles par hérédité à tous les membres d'une même famille, et caractérisées par un état de dilution extraordinaire du sang, comme M. le professeur P. Bérard en cite de remarquables exemples dans son traité de physiologie (1); l'anémie spontanée ou post-hémorrhagique, et toutes les maladies qui appauvrissent le sang, ou bien, au contraire, une pléthore générale prononcée et une congestion trop active vers l'utérus; l'affaiblissement de la femme, occasionné par une lenteur exagérée du travail; les bassins viciés par amplitude; la multiparité; des parties génitales larges et flasques, dispositions qui amènent des accouchements trop rapides, à la suite desquels la matrice, brusquement vidée, n'a pas le temps de revenir peu à peu sur elle-même et reste dans une sorte de stupeur : voilà les états généraux qui doivent être notés comme capables de produire des hémorrhagies utérines, à titre de causes prédisposantes. On doit aussi tenir compte de l'hémorrhagie elle-même, *comme cause*, car, à mesure que le sang s'échappe, la

---

(1) P. Bérard, *Cours de physiologie*, t. 3, p. 157.

tendance à l'inertie devient plus marquée, par suite de l'affaissement à chaque instant plus grand dans lequel la femme est plongée.

Deux propriétés vitales de la matrice, la contractilité et la rétractilité, faussées dans leur mise en jeu, deviennent des causes très-fréquentes de l'hémorrhagie. En effet, si des contractions irrégulières amènent le décollement du placenta dans un moment où l'utérus ne peut revenir sur lui-même, parce que la présence du fœtus y met obstacle, une hémorrhagie aura lieu nécessairement; si, après la terminaison du travail, la rétraction vient à faire défaut; en d'autres termes, si la matrice reste inerte, l'hémorrhagie aura encore lieu; car, en résumé, c'est la plaie qui résulte de l'avulsion du placenta; ce sont tous ces vaisseaux déchirés et béants à la surface utérine, qui versent le sang! Et, dans tous les accouchements, la perte serait inévitable si la matrice, en diminuant de volume par l'effet de sa rétractilité, ne rendait le passage du sang impossible dans ces vaisseaux en multipliant leurs flexuosités et en fermant leurs orifices.

Une cause mixte, appartenant tout aussi bien à l'œuf qu'à la mère, une cause d'une importance capitale, c'est l'insertion vicieuse du placenta (1) sur le segment inférieur de l'utérus, dans le voisinage de l'orifice, ou même sur l'orifice, et le recouvrant, soit en partie, par l'un de ses bords seulement, soit en totalité, centre pour centre. Ce mode d'implantation du placenta est d'une telle efficacité pour la production de l'hémorrhagie, que les Anglais caractérisent les pertes survenues par ce mécanisme du nom d'inévitables. Cette disposition anatomique est la cause la plus fréquente des hémorrhagies pendant les trois derniers mois de la grossesse et pendant le travail parturitif, qu'elle provoque souvent avant le terme habituel. Quoi qu'il en soit, voici par quel mécanisme elle amène l'issue du sang.

---

(1) Il paraît que les femmes dont le placenta s'est vicieusement inséré dans une grossesse sont exposées au même inconvénient dans les grossesses subséquentes.

Pendant les deux premiers tiers de la gestation, le développement de l'utérus se fait aux dépens du corps et du fond de l'organe, le segment inférieur ne participant presque pas à ce travail d'ampliation. Le placenta, au contraire, est déjà tout développé à la fin de cette période, de telle sorte que son extension ne concorde pas avec celui de la région utérine à laquelle il est attaché. Il a cessé de croître, lorsque le terrain sur lequel il végète commence à s'étendre. De là résulte un tiraillement de ses racines; les vaisseaux utéro-placentaires prêtent jusqu'à un certain point, mais, à un moment donné, ils finissent par se rompre. Dès lors, l'hémorrhagie est établie.... *hémorrhagie à répétition,* qui se renouvellera avec une persistance désespérante jusqu'à la fin normale ou prématurée de la grossesse, suivant les soins plus ou moins assidus donnés à la malade, suivant aussi le nombre de vaisseaux rompus et la quantité de sang perdu à chaque fois. Ainsi, lorsque cette fâcheuse disposition anatomique existe, l'hémorrhagie est déjà établie au début du travail; elle n'est plus que la succession de celles qui se sont déjà présentées depuis deux ou trois mois, et c'est là (soit dit en passant) un excellent caractère diagnostic pour différencier les hémorrhagies par implantation anormale du placenta, de celles qui reconnaissent une autre cause.

Causes qui dépendent de l'œuf. Parmi les causes qui dépendent de l'œuf, on doit noter son volume trop considérable par abondance extrême de liquide amniotique ou par grossesse multiple. Dans ces cas, la matrice est disposée à l'inertie si sa déplétion se fait avec rapidité. La brièveté du cordon ombilical peut amener aussi l'avulsion intempestive du placenta.

La rupture des vaisseaux du cordon est encore une cause d'hémorrhagies; mais celles-ci sont fort rares et n'intéressent que le fœtus, dont la vie, à vrai dire, est très-menacée; elles constituent les hémorrhagies intra-anatomiques. Malgré leur importance, je ne les mentionne que pour mémoire, parce que c'est une lésion qui se

rapporte au fœtus, non à la mère. Il en est de même de l'écoulement de sang qui peut avoir lieu par la section d'un cordon ombilical dans les grossesses multiples; le plus souvent il n'a sa source que dans le placenta du fœtus déjà né, qui se vide comme une éponge pressée, et cela ne constitue aucun danger. Mais s'il n'y a qu'un seul placenta pour les deux fœtus, ou que les placentas soient unis par des communications vasculaires, la vie de l'autre enfant est menacée, et c'est dans le but d'éviter des accidents qu'il est toujours prudent de ne couper le cordon qu'entre deux ligatures.

Il ne me semble pas que l'hémorhagie puisse être bien souvent le fait de l'accoucheur, à moins que celui-ci ne fasse des tractions sur le cordon ombilical en temps inopportun, ou s'il omet d'administrer l'ergot de seigle chez les femmes où il y a imminence de cet accident. Je reviendrai là-dessus à propos du traitement. On pourrait aussi la produire, lorsque, pour pratiquer la version, on cherche à pénétrer trop haut dans la matrice, en glissant la main entre les membranes et la paroi utérine. Cette manœuvre est délicate et même dangereuse : la main exploratrice peut rencontrer le placenta sur son passage, ne pas le reconnaître, et le décoller contre le gré de l'accoucheur.

Symptômes, variétés, diagnostic. — Outre les symptômes des hémorrhagies en général, qu'il est préférable de ne rappeler que tout à l'heure, à propos des pertes internes, le meilleur symptôme de l'hémorrhagie externe, c'est l'écoulement du sang par la vulve. Mais il faut prendre garde de confondre le flot qui suit normalement l'extraction du délivre avec une perte véritable. Ce flot s'écoule soudain et s'arrête. Si du sang continue à couler, il y a perte, à n'en pas douter. Il ne faudrait pas non plus s'en laisser imposer par le suintement qui constitue la première période de l'écoulement lochial, suintement léger, qui éprouve de légères augmentations chez les multipares chaque fois que se manifeste une tranchée, et qui, toujours, coïncide avec une rétraction énergique de la matrice, ainsi qu'on peut le constater par le palper abdominal. Ces hésitations, au

reste, ne sauraient avoir leur raison d'être que pour les pertes après le travail; car, à moins que le fœtus ne soit expulsé, il ne doit pas s'écouler de sang au dehors; de sorte que s'il y a un écoulement sanguin pendant le travail, la perte n'est pas douteuse, et il est urgent de la combattre.

Quant à l'hémorrhagie interne, elle se fait sourdement, et bien des fois l'accoucheur ne s'en aperçoit que trop tard, lorsque la vie de la femme est déjà gravement compromise. Donc, dans tout accouchement, et surtout lorsque des causes prédisposantes existent, l'attention doit être soigneusement éveillée sur ce point.

Assez rare pendant le travail, l'hémorrhagie interne a surtout lieu avant la délivrance; car alors le placenta tombe sur l'orifice, le bouche, et empêche le sang de se répandre au dehors. Elle se produit quelquefois aussi dans l'intervalle qui sépare la délivrance de l'apparition de la fièvre de lait, et alors, c'est un caillot arrêté dans l'orifice qui retient le sang. Quand elle a lieu pendant le travail, c'est ordinairement après la rupture des membranes et l'écoulement partiel ou total du liquide amniotique dont le sang vient alors occuper la place. On a reconnu néanmoins à l'autopsie, chez une femme morte pendant le travail, avant la rupture de la poche des eaux, que le sang s'était épanché entre les parois utérines et les membranes, tout autour de l'œuf, qu'il enveloppait dans un vaste et mince caillot. Enfin, elle peut se faire entre la paroi utérine et le placenta décollé dans son centre, mais encore adhérent dans son pourtour, et être assez abondante, dans cette cavité accidentelle, pour faire périr la femme. Cette sorte d'hémorrhagie mérite le nom de *disséquante*, à cause de son mode de production : en effet, elle a pour point de départ la rupture de quelques vaisseaux utéro-placentaires; à mesure que le sang s'épanche par ces vaisseaux divisés, il sépare peu à peu l'utérus du placenta, et crée, de cette façon, une cavité circonscrite par les bords de ce dernier organe.

Quoi qu'il en soit, au reste, de toutes ces variétés, le premier symptôme de l'hémorrhagie interne (comme de toutes les grandes hémor-

rhagies, et il est à peine besoin de rappeler que naturellement la perte externe le partage aussi), le premier signe qui avertit du péril, c'est un sentiment de faiblesse, une sensation de faim qu'accuse la malade. Si, à ce moment, l'accoucheur place sa main sur le ventre de la femme, il trouve, à travers la paroi abdominale, l'utérus mou, dépressible, non contracté. Une augmentation de volume, sensible à la palpation et même à la vue, se manifeste, surtout si c'est après la sortie du fœtus qu'a lieu l'hémorrhagie. Puis les symptômes deviendront tout à coup alarmants : horripilations, froid et pâleur de tout le corps, surtout des extrémités ; lividité des lèvres, pouls vite, petit, dépressible, filiforme ; douleur des mamelons, tintements d'oreille, quelquefois affaiblissement et même abolition du sens de la vue, et enfin, si l'hémorrhagie n'est pas arrêtée, perte de connaissance, convulsions, résolution complète des forces, et mort pendant une syncope suprême.

Le diagnostic s'établit à l'aide des symptômes que je viens d'énumérer. Pour l'hémorrhagie externe, écoulement du sang, signe pathognomonique ; pour l'hémorrhagie interne, tous les doutes, s'il en reste, seront levés par l'introduction de la main dans les parties, laquelle, débarrassant le vagin et l'orifice utérin des obstacles qui empêchaient le sang de se faire jour au dehors, transforme cette hémorrhagie en perte externe. Cette manœuvre doit être employée sans retard ; elle n'offre aucun danger, pourvu qu'elle soit pratiquée avec ménagement, comme doit l'être toute opération obstétricale. Au reste, ce moyen de diagnostic est aussi un moyen de traitement fort efficace, sur lequel j'insisterai en temps et lieu.

Il ne suffit pas de reconnaître qu'une perte existe, il faut encore diagnostiquer la cause.

Comment donc distinguer des autres une hémorrhagie par insertion anormale du placenta, par exemple? C'est que celle-ci a été précédée de plusieurs hémorrhagies, et que souvent même elle est déjà établie au début du travail, ainsi que je l'ai fait remarquer plus haut ; c'est que, pendant la contraction, *elle augmente d'intensité*,

et qu'enfin, par le toucher, on peut percevoir dans l'orifice, si le placenta y est inséré, une tumeur mollasse, fongueuse, à travers laquelle il est impossible de sentir les parties fœtales. Si le placenta n'est pas situé tout à fait sur le col, mais seulement dans son voisinage, on peut encore reconnaître, jusqu'à un certain point, sa position, par l'épaisseur des membranes, plus considérable au pourtour de cet organe que dans le reste de leur étendue.

Quant à l'hémorrhagie qui est produite pendant le travail par le décollement prématuré de l'arrière-faix, auquel succède l'inaction de la matrice, on la distinguera par l'absence totale des contractions, ou bien, si les contractions se réveillent, par des alternatives d'augmentation ou de diminution dans l'écoulement sanguin, suivant que l'utérus sera ou relâché ou contracté.

Après l'accouchement, l'hémorrhagie par inertie est caractérisée par l'absence de la tumeur dure, globuleuse, que forme l'utérus rétracté dans la fosse iliaque droite, lorsque cet accident n'existe pas. Au lieu de cette tumeur dure, on trouve l'utérus mou, flasque, et, si la perte est interne, se laissant incessamment distendre par le sang qui s'accule dans sa cavité.

Pronostic. — On peut dire, en thèse générale, que l'hémorrhagie utérine est un accident d'une extrême gravité, qui, peut-être, fait périr à lui seul plus de femmes et d'enfants que tous les autres accidents ensemble, non pas que l'hémorrhagie soit en elle-même plus dangereuse que certaines lésions, que la rupture utérine par exemple, mais parce qu'elle est incomparablement plus fréquente, et parce qu'elle crée une funeste prédisposition aux maladies puerpérales. Les pertes de sang enlèvent une femme sur trois ou quatre qui en sont atteintes, et la proportion est à peu près la même pour les enfants. Ceux-ci viennent ordinairement apoplectiques, cyanosés; c'est d'asphyxie qu'ils meurent, car leur sang ne peut plus se vivifier au contact du sang maternel. Quand la mort de la femme est extraordinairement rapide, l'asphyxie de l'enfant est rapide aussi, et présente la

forme syncopale. Jamais l'enfant ne meurt exsangue, à moins que le placenta n'ait été déchiré dans son épaisseur, cas auquel les vaisseaux fœtaux fournissent aussi un aliment à la perte.

L'hémorrhagie utérine pendant ou après le travail, mais surtout après, peut enlever la femme avec une inconcevable rapidité : en quelques secondes. On a vu le sang couler à flots, comme d'une fontaine, et l'accouchée mourir en quelque sorte foudroyée, avant que l'accoucheur ait eu le temps de se remettre.

En raison même de la difficulté qu'il y a de la reconnaître dans son principe et de la combattre à temps, l'hémorrhagie interne est plus grave que l'autre; mais un accoucheur attentif se laissera rarement surprendre. On ne doit pas oublier qu'une intervention opportune et énergique constitue le plus souvent le seul secret de guérisons inespérées.

Traitement. — C'est maintenant que la distinction des hémorrhagies, suivant qu'elles accompagnent la délivrance ou le travail, trouve son application, car le traitement n'est pas le même pour les unes et pour les autres, bien que des deux côtés l'indication principale soit de vider la matrice : ici, du produit de la conception; là, du délivre et des caillots qui peuvent s'y être accumulés.

Mais avant d'aller plus loin, je dois consacrer quelques lignes à la prophylaxie. Déjà, pendant le cours de la grossesse, le médecin prévoyant pourra combattre avec utilité de fâcheuses prédispositions. Ainsi, aux femmes dont le sang est appauvri, il fera suivre une médication reconstituante; les pléthoriques seront soumises à un régime léger, et la saignée même leur serait peut-être applicable, mais modérément. Certaines femmes qui avaient été prises d'hémorrhagies dans toutes leurs grossesses en ont été guéries en se soumettant à ne prendre que des aliments froids pendant plusieurs années.

Pendant le travail, si l'utérus est très-distendu, si les contractions ne sont pas régulières, on pourra éviter quelquefois des pertes

en empêchant l'utérus de se désemplir brusquement. Pour cela on placera la femme dans une situation convenable, afin que les membranes ne se rompent pas prématurément ; on aura soin de les perforer en temps opportun, et on ménagera l'issue graduelle du liquide amniotique. Si l'on reconnaît que la femme est exposée à un accouchement trop rapide, on en retardera la marche en conseillant de pousser le moins possible, en soutenant la partie fœtale, etc. etc. Un peu avant la terminaison du travail, on donnera l'ergot de seigle, s'il y a tendance à l'inertie.

Ceci posé, j'entre en matière, et je commence par le traitement de l'hémorrhagie pendant le travail. M. P. Dubois la divise, au point de vue thérapeutique, en légère et grave, et les examine :

Avant la dilatation de l'orifice.....	*a*. les membranes étant intactes , *b*. les membranes étant rompues.
Après la dilatation de l'orifice....	*a*. les membranes étant intactes, *b*. les membranes étant rompues.

Les moyens de traitement varient, en effet, suivant toutes ces circonstances. Mais je dois dire d'abord que, contre toute hémorrhagie utérine, des soins hygiéniques et des moyens généraux doivent être employés. Ainsi on placera la femme dans une situation horizontale, le siége élevé sur un coussin ; le lit sera de crin plutôt que de laine, mais jamais de plume ; les couvertures légères ; on entretiendra dans la chambre une ventilation facile, une température fraîche, et une certaine obscurité ; on fera prendre à la malade des boissons acidulées fraîches ; on prescrira la diète ; on lui évitera toute espèce d'émotion morale. Il est important de vider la vessie et le rectum ; l'accumulation des matières dans ces réservoirs entretient, du côté de l'utérus, une irritation, un état de congestion nuisible : *ubi stimulus, ibi fluxus*.

La saignée, applicable aux cas où une perte légère se manifeste

avant le travail, doit être bannie dans la circonstance qui nous occupe, à moins qu'elle ne soit formellement et rigoureusement indiquée par un état de pléthore excessif; la proscription de la saignée est absolue, si la perte est grave (1).

Hémorrhagie légère pendant le travail; orifice non dilaté, membranes intactes ou rompues. Quand une hémorrhagie se présente et qu'elle n'offre aucun caractère de gravité (et c'est ici que se place la remarque éminemment pratique de M. Velpeau, que ce n'est pas la quantité de sang perdu qui constitue la gravité de l'hémorrhagie, mais l'effet produit sur la malade), si, dis-je, la perte est légère avant la dilatation de l'orifice, on doit se contenter d'employer les moyens généraux ci-dessus indiqués : peu importe que les membranes soient ou non rompues.

Hémorrhagie légère pendant le travail; orifice dilaté, membranes intactes. Si l'orifice est dilaté et les membranes intactes, on doit essayer d'abord de ces mêmes moyens et attendre leur effet pendant un temps raisonnable; si la perte continue, on rompra les membranes. Cette rupture ne saurait avoir aucun inconvénient; elle serait surtout justifiée, si l'hémorrhagie, bien loin de s'arrêter, avait de la tendance à augmenter. L'ergot de seigle est ici parfaitement indiqué, si les contractions sont faibles ou éloignées; en ce cas, on ferait bien de l'administrer avant de rompre les membranes.

Il va sans dire que tout cela n'est de mise qu'avec une bonne présentation. Si la perte coïncidait avec une présentation de l'épaule,

---

(1) On a préconisé divers médicaments pris à l'intérieur contre les hémorrhagies utérines; leur utilité n'a pas été bien constatée, mais il faudrait y avoir recours dans les cas où l'on n'aurait pas autre chose à sa disposition : ce sont la décoction d'écorce d'orange verte, l'extrait de cachou, le sang-dragon, la ratanhia, la sabine, et surtout la cannelle. L'action irritante extrêmement énergique de la sabine impose la plus grande circonspection dans son emploi.

il est évident que la version serait la seule chose à faire de prime abord, et qu'il faudrait absolument proscrire le reste.

Hémorrhagie légère pendant le travail; orifice dilaté, membranes rompues. On n'a qu'à attendre, lorsque l'orifice est dilaté et les membranes rompues, pourvu que les contractions soient suffisantes. Si elles s'affaiblissent, on emploiera le forceps ou la version, suivant que les conditions de l'une ou de l'autre de ces opérations existeront plus spécialement. Mais il ne faut y avoir recours (il s'agit ici d'hémorrhagie légère, qu'on ne l'oublie pas!), il ne faut avoir recours à ces opérations, qu'autant que l'on aura acquis la certitude que l'accouchement tarderait trop à se faire par les seuls efforts de la nature.

Hémorrhagie grave pendant le travail. Quand l'hémorrhagie est grave, il ne faut plus compter sur les moyens généraux que comme adjuvants : des agents énergiques doivent être mis en usage. Les réfrigérants, employés avec ménagement, doivent y être ajoutés. Ainsi on placera sur le haut des cuisses et sur le ventre de la femme des compresses trempées dans l'eau fraîche et même dans l'eau très-froide; ces compresses seront souvent renouvelées (il faut avoir la précaution de les exprimer avec soin, pour ne pas inonder le lit de la malade). Si l'on applique la glace même, on ne doit pas pousser trop loin l'emploi de cet agent, qui peut amener des mortifications. Les réfrigérants seront bannis chez les femmes qui ont perdu beaucoup de sang et dont ils ne feraient qu'augmenter la faiblesse.

Au reste, on aura recours à d'autres moyens appropriés aux diverses périodes du travail.

Hémorrhagie grave pendant le travail; orifice non dilaté, membranes intactes. Ainsi, avant la dilatation de l'orifice et la rupture des membranes, la méthode de Puzos, modifiée par M. P. Dubois, est applicable. Puzos titillait l'orifice avec ses doigts, pour l'irriter

et réveiller les contractions; quand il avait obtenu ce résultat, il rompait les membranes et attendait la fin de l'accouchement. La diminution de volume de l'utérus, produite par l'écoulement des eaux, suffit en effet, sinon pour tarir, au moins pour amender considérablement la perte. M. P. Dubois a repris cette méthode et l'a modifiée avantageusement; au lieu de titiller le col pour ranimer les contractions, il donne l'ergot de seigle (s'écartant ici de la règle qui veut qu'on n'administre ce médicament qu'après la dilatation de l'orifice), et dès qu'il a des contractions suffisantes, il rompt la poche des eaux et attend la terminaison spontanée du travail. C'est là la conduite qu'il faut suivre. La marche adoptée par M. P. Dubois est, dans la grande majorité des cas, bien supérieure à l'accouchement forcé.

Avant la rupture des membranes, l'application du tampon est fort avantageuse (1); il joint à l'avantage d'opposer un obstacle méca-

---

(1) Le tamponnement consiste à introduire dans le vagin, et quelquefois dans le col de l'utérus, un corps qui empêche l'écoulement du sang. Il y en a plusieurs modes.

A. Le plus généralement adopté consiste à faire quinze ou vingt bourdonnets de charpie, du volume d'une grosse noix, attachés par leur milieu au moyen d'un long fil; puis on fait un nombre égal de morceaux d'agaric attachés par des fils de même longueur; puis d'autres bourdonnets, qu'on ne munit pas de fils: il en faut une grande quantité.

On fait placer la femme en travers de son lit, le bassin dépassant le bord du lit, comme pour une exploration au spéculum. On commence par laver le vagin des caillots, du sang, qu'il contient; *on vide la vessie et le rectum*; puis, avec un spéculum plein ou un spéculum trivalve, on introduit les bourdonnets munis de fils, soit avec les doigts, soit avec la pince à tamponnement; il faut avoir soin d'enduire préalablement les bourdonnets de cérat; on fait des couches successives d'agaric et de bourdonnets munis de fils. Quand on est arrivé à la moitié inférieure du vagin, on place les autres bourdonnets. Il est important de faire disparaître tous les plis de la membrane vaginale; il faut que le canal soit très-exactement rempli, qu'il soit hermétiquement bouché, si je puis m'exprimer

nique à l'hémorrhagie celui d'accélérer le travail en augmentant l'énergie des contractions. On le laissera en place aussi longtemps que la femme pourra le supporter ; quand l'accouchement marchera, il sera expulsé par la pression qu'exercera sur lui la partie fœtale.

---

ainsi. Quand on a bien garni le vagin, on applique par-dessus une compresse longuette et un bandage en T.

L'opération terminée, on replace la femme au lit et on lui commande le repos et les moyens généraux qui ont été indiqués plus haut.

B. On a appliqué au vagin le tampon dont Dupuytren se servait pour le rectum, quand il y avait fait une opération : c'était une sorte de gros doigt de gant qu'il remplissait de charpie après l'avoir introduit. Ce tampon, excellent pour le rectum, est défectueux pour le vagin, parce qu'il ne permet pas de le remplir exactement. Au reste le motif qui l'a fait adopter dans le cas qui nous occupe est de peu de valeur ; c'était dans le but d'en rendre l'extraction plus facile.

C. M. Trousseau a imaginé un tampon qui n'est pas mauvais, mais qui a le désavantage d'être très-long à préparer ; il consiste dans une série de bourdonnets attachés les uns aux autres, en queue de cerf-volant, au moyen d'un très-long fil. Son avantage est d'être facile à extraire.

D. Il y a d'autres tampons : ce sont des tampons d'urgence. Ainsi on a proposé de remplacer la charpie par de la ouate, du coton, de l'étoupe, de la filasse. Ces moyens sont bons, quand on ne peut se procurer de la charpie sur-le-champ. Le tampon Gariel a aussi l'avantage d'être d'une application rapide, quand on le possède et qu'il n'y a pas de charpie. Le tamponnement au mouchoir ne doit pas non plus être rejeté comme moyen d'urgence.

E. On a proposé de tamponner avec un citron, avec une bande à saigner : cela est mauvais.

Le tampon a deux modes d'action très-différents :

1° Il agit comme corps étranger, comme moyen d'oblitération propre à retenir au-dessus de lui le sang qui s'écoule et à favoriser la formation d'un caillot qui arrête l'hémorrhagie.

2° Il provoque des contractions utérines, ou les rend plus énergiques quand elles n'existent qu'à un faible degré. Ces contractions surviennent et par la présence seule du tampon, qui irrite le col, et par la présence des caillots, corps étrangers plus ou moins volumineux que le tampon retient dans l'utérus.

Le tampon s'accompagne, chez les femmes, d'un sentiment de gêne extrême ;

S'il occasionne des douleurs, on ne le retirera encore que le plus tard possible, et quand on aura lieu de croire que l'orifice est dilaté.

Hémorrhagie grave pendant le travail; orifice non dilaté, membranes rompues. Dans le cas où l'orifice n'est pas dilaté, mais que les membranes sont rompues, on doit abandonner le tampon, ou au moins, si on l'emploie, ce doit être avec une extrême réserve. En effet, si la matrice reste dans l'inaction après l'écoulement des eaux et que l'on vienne à boucher le vagin, le sang pourra refluer, distendre la matrice, et s'y accumuler en telle quantité, que la femme mourra, sans qu'une goutte paraisse à l'extérieur. Et le danger sera d'autant plus grand qu'une masse d'eau plus considérable aura été évacuée, et que l'inertie sera plus complète. Au contraire, si la présentation est bonne, si, au moment de la rupture, le liquide ne s'est échappé qu'en petite quantité, surtout si les contractions sont énergiques, le tampon aura de l'utilité. Mais, même en ce cas, il doit être attentivement surveillé, et son application devra être précédée de celle d'un bandage de corps suffisamment serré sur le ventre, pour résister à l'ampliation possible de l'utérus.

Si l'hémorrhagie persiste, malgré l'emploi de tous les moyens que je viens d'énumérer, il faut avoir recours à une ressource plus énergique encore, car ici l'indication est nette, précise, et ne permet pas à l'accoucheur de temporiser : il faut extraire promptement le fœtus, et pour cela, dans la circonstance où nous nous trouvons, il n'y

---

il excite des ténesmes, des besoins très-grands de pousser, auxquels il est important que la femme résiste. Combien de temps doit-on le laisser en place ? Tant que sa présence est supportable, huit, dix, douze, vingt-quatre heures, si l'on peut. Au bout de ce temps, on est obligé de le retirer pour faire uriner la femme, ou parce qu'il est traversé par le sang ; mais on doit le réappliquer immédiatement, jusqu'à ce que l'hémorrhagie soit définitivement arrêtée. (Cours de M. Pajot du 30 mars 1853.)

a que l'accouchement forcé, malgré les dangers qui l'entourent, malgré les incertitudes dont ses suites sont entourées! Il faudra donc vaincre la résistance opposée par le col, y faire même, au besoin, des incisions, pénétrer dans la matrice, saisir les pieds de l'enfant et l'extraire; en un mot, faire la version brusquée, suivant l'expression de Mme Lachapelle (1).

Hémorrhagie grave pendant le travail; orifice dilaté, membranes intactes. Si l'orifice est dilaté lorsque survient l'hémorrhagie, et que les membranes soient entières, il faut les rompre. Si les contractions s'éveillent sous l'influence de l'écoulement de l'eau, on laissera l'accouchement se faire par les seuls efforts de la nature. Les résultats toujours plus favorables de la terminaison spontanée imposent au médecin l'obligation de n'intervenir avec le forceps ou la version qu'en cas d'urgence; mais, si les contractions restaient insuffisantes, il ne faudrait pas hésiter à pratiquer l'une ou l'autre opération, suivant les circonstances.

Hémorrhagie grave pendant le travail, orifice dilaté, membranes rompues. Si la perte se déclare après la dilatation et la rupture, pour peu que la tête soit au-dessus du détroit supérieur, la version est ce qu'il y a de préférable à essayer; le forceps convient, si la tête est engagée; si le pelvis se présente, on aidera la nature par des tractions appropriées.

Il est rare qu'après l'extraction du fœtus, la matrice, excitée par toutes les manœuvres qu'on a faites, ne revienne pas sur elle-même de manière à tarir les sources de l'hémorrhagie. Il arrive pourtant quelquefois que la perte continue; il arrive même que, normale jusque-là, la parturition se complique tout à coup d'hémorrhagie, lorsque l'enfant vient de sortir. Le traitement de cette complication de la délivrance sera exposé plus loin; avant d'aborder cette partie

(1) C'est ici l'exception que j'ai signalée p. 34, note 2.

de mon sujet, il me reste à dire comment on peut combattre les pertes par implantation vicieuse du placenta. Ici la conduite à suivre varie encore suivant les diverses phases du travail.

Hémorrhagie pendant le travail par implantation vicieuse du placenta. Ainsi au début, on emploiera le tampon, qui ici présente, entre autres avantages, celui d'être appliqué sur la source même de l'hémorrhagie.

Si l'orifice est dilaté ou dilatable, le conseil donné par M. Gendrin trouve son application. C'est encore la méthode de Puzos modifiée. M. Gendrin traverse le délivre à l'aide d'une sonde de femme en métal qu'il tient en place jusqu'à ce que le liquide soit évacué. Ce moyen a été rejeté par beaucoup d'accoucheurs, peut-être à tort; on pourrait le combiner avec l'administration préalable de l'ergot de seigle et le tamponement.

Quoi qu'il en soit, l'indication est de terminer l'accouchement. Le forceps est impossible. C'est à la version qu'il faut avoir recours; mais comment introduire la main dans l'utérus, si le placenta bouche l'orifice? On a proposé pour cela, d'abord de pénétrer à travers le placenta en le lacérant; mauvais moyen, qui ne fait qu'augmenter l'hémorrhagie maternelle et la complique en outre d'une hémorrhagie fœtale, qui rend plus grands encore les dangers déjà si pressants dont le fœtus est menacé. On a conseillé aussi de rechercher le point du placenta déjà décollé, et de glisser la main à travers ce pasage; on reproche à ce procédé, que le décollement actuel peut être situé de telle sorte, que l'introduction de la main par ce point rendrait difficile la saisie des pieds dans l'utérus. D'autres enfin veulent qu'on détache le placenta, et qu'on aille chercher les pieds de la manière qui paraîtra la plus facile et la plus favorable.

Ces moyens, en usage depuis Levret, laissent l'accoucheur dans une grande perplexité, lorsqu'il est obligé de faire un choix parmi des ressources aussi précaires, si quelque circonstance heureuse ne vient le tirer d'embarras. C'est ce qui a conduit M. Simpson, d'Édim-

bourg, à imaginer une méthode sur laquelle l'expérience n'a pas encore dit son dernier mot, et qu'il ne faudrait employer que dans des cas extrêmes, parce qu'elle tue presque toujours le fœtus. Si celui-ci était mort, on devrait la mettre en usage sans hésitation. Voici comment M. Simpson a été amené à la créer, et voici en quoi elle consiste.

En examinant quelques faits qui appartenaient à sa propre pratique et quelques faits trouvés dans les auteurs, M. Simpson a été frappé de cette circonstance, que toutes les fois que le délivre a été expulsé avant le fœtus, sans que cependant la volonté de l'accoucheur y fût pour quelque chose, les dangers de mortalité ont toujours été moindres. C'est sur cette base que M. Simpson a établi son traitement, qui consiste à extraire le placenta, à délivrer la femme avant de retirer l'enfant. On sauve ainsi plus de mères, mais les enfants sont presque à coup sûr sacrifiés.

M. Simpson a donné, de l'arrêt de l'hémorrhagie après l'extraction du délivre, une explication qui ne s'accorde pas avec ce qu'on voit arriver quelquefois dans des accouchements ordinaires, où il peut tout à coup survenir une hémorrhagie foudroyante après la délivrance. M. Simpson pense que c'est par la portion décollée du placenta, et non par la paroi utérine, que le sang s'échappe; dès lors, le placenta extrait, l'hémorrhagie doit nécessairement s'arrêter (1). Mais ce n'est pas ainsi que les choses se passent : c'est par les orifices béants des vaisseaux utérins que s'écoule le sang.

Hémorrhagie compliquant la délivrance. Il peut se faire qu'après l'accouchement, la matrice reste inerte, au lieu de se rétracter, et alors il arrive de deux choses l'une : ou le placenta est adhérent, ou il est décollé en partie ou en totalité. Dans le premier cas, pas

(1) Cours de M. Pajot du samedi 11 juin 1853.

d'hémorrhagie possible, à moins que l'accoucheur, trop pressé de délivrer, ne détache le placenta, et qu'après cette avulsion artificielle la rétractilité de la matrice ne se mette pas en jeu. Il faut donc, dans ces cas-là, ne pas délivrer, mais essayer de faire cesser l'inertie. Des tractions exercées sur le cordon ombilical dans le but d'exciter l'utérus et d'en provoquer la rétraction sont un mauvais moyen, car on peut, de cette façon, décoller involontairement le placenta et être ainsi la cause d'une hémorrhagie, sans compter le risque que l'on court de renverser la matrice, accident dont il a déjà été question. Il faut s'adresser à d'autres moyens que celui-là pour combattre l'inertie : ce qu'il y a de plus simple et en même temps de plus efficace, c'est d'administrer l'ergot de seigle et de faire des frictions avec la main sur le ventre de la femme.

Ce qui vient d'être dit n'est pas un hors-d'œuvre, une digression inutile dans ce chapitre; c'est l'exposé du traitement préventif du genre d'hémorrhagie dont il est ici question.

Quand elle existe, il faut l'attaquer avec vigueur et promptitude. J'ai déjà dit à quels signes on la reconnaît; j'ai déjà dit aussi que le plus sûr moyen de diagnostic, l'introduction de la main dans les parties, constituait aussi le premier et l'un des meilleurs moyens de traitement.

Cette introduction de la main n'offre pas de difficulté, car la matrice est inerte, et le col participe ordinairement à cette inertie; si le col opposait quelque résistance, il faudrait pénétrer tout de même; l'accident est trop pressant, pour qu'il soit permis de se laisser arrêter par cet obstacle. Il faut porter la main le plus loin possible dans la matrice, extraire le placenta, s'il y est resté, enlever les caillots qui s'y sont accumulés, promener doucement les doigts sur la surface interne, pendant que, de l'autre main, on fait des frictions sur la paroi abdominale, et, en même temps, faire prendre de fortes doses de seigle ergoté.

Il est rare qu'une hémorrhagie ainsi combattue ne s'amende pas. On doit toujours employer concurremment les moyens généraux

et hygiéniques; les compresses froides, et la *situation surtout, qui acquiert ici une importance de premier ordre.* Le siége doit être maintenu plus élevé que le reste du corps; la tête basse, afin d'empêcher, autant que possible, les syncopes de se produire; les membres seront placés dans une situation déclive, *pendants hors du lit,* pour que l'action de la pesanteur y retienne encore une certaine quantité de sang, de ce liquide précieux, avec lequel la vie s'écoule à grands flots! des ligatures pourront être posées à la racine des membres, modérément serrées, afin de ne mettre obstacle qu'à la circulation de retour. C'est aussi dans le but de détourner le sang de sa course vers l'extérieur, qu'Hippocrate conseillait la succion des mamelles ou l'application de ventouses sèches sur ces organes, liés à l'utérus par d'étroites sympathies; c'est dans la même vue que M. Velpeau ordonne de placer un vaste sinapisme entre les épaules, pratiques qui certes méritent bien d'être utilisées.

Malgré tout cela, il y a des hémorrhagies qui persistent encore, non pas à un si haut degré, mais quelquefois d'une manière inquiétante; on a proposé alors les injections astringentes dans la matrice; il ne faut les accepter qu'avec défiance; les caustiques seront proscrits, parce qu'ils peuvent laisser des traces funestes de leur emploi; mieux vaut aller exprimer dans l'utérus une éponge ou des compresses trempées dans l'eau de vinaigre ou un citron écorcé. L'introduction d'une vessie qu'on remplit d'air ou de glace a des inconvénients nombreux, dont le moindre serait de s'opposer à la rétraction. La compression de l'organe paroi contre paroi, ainsi que le conseillait Mme Lachapelle, serait préférable, mais seulement comme moyen temporaire, puisqu'elle s'oppose aussi à la rétraction. Appliquer le tampon, en pareille circonstance, serait une monstruosité : le tampon n'aurait d'autre effet que de changer une hémorrhagie externe en hémorrhagie interne, et celle-ci peut faire périr la malade bien avant que l'utérus soit rempli.

Il y a un bon moyen, préconisé par les uns, rejeté avec dédain par les autres, c'est la compression de l'aorte à travers la paroi ab-

dominale. M. le professeur Dubois, M. Cazeaux, et M. Pajot, l'emploient; MM. Vidal, Jacquemier et Depaul, le repoussent, d'après des vues théoriques qu'il est inutile de rapporter ici. Quoi qu'il en soit, ce moyen a rendu, en plus d'une circonstance, de signalés services; ses bons résultats sont proclamés par des observations authentiques, et, devant l'expérience, il n'y a pas de théorie qui puisse tenir. Mais je dois ajouter qu'un accoucheur n'a presque jamais la force physique suffisante pour amener à bonne fin la compression, non pas qu'il faille appuyer énormément, mais parce que l'immobilité même qu'on est obligé de garder, dans une position souvent gênante, amène très-rapidement une fatigue capable d'anéantir totalement les forces (1).

Enfin une dernière ressource, qu'à mon avis on ne doit pas négliger, proposée plutôt pour remédier à l'hémorrhagie que pour l'arrêter, chez les femmes que la perte de leur sang a conduites aux portes du tombeau, c'est la transfusion, opération pour laquelle on professe de nos jours une indifférence que ne justifient pas les nom-

---

(1) Je tiens de M. le Dr Boullard, prosecteur de la Faculté, le fait suivant :

Pendant son internat à la Pitié, on porta pendant la nuit, à l'hôpital, une femme en travail; l'accouchement marcha très-bien, la délivrance fut des plus régulières. M. Boullard quitta la malade une demi-heure après; elle était dans l'état le plus satisfaisant. Deux heures plus tard, à quatre heures du matin, on vint précipitamment le rappeler pour secourir la femme, qui, disait-on, perdait du sang. Il accourut auprès d'elle et la trouva, en effet, en proie à une hémorrhagie abondante qui l'avait déjà beaucoup affaiblie. Il fit placer convenablement la femme, ordonna qu'on lui appliquât des compresses froides sur le bas-ventre et sur le haut des cuisses, et se mit en devoir de faire lui-même la compression de l'aorte. Il y parvint si bien, que l'hémorrhagie s'arrêta presque tout de suite; mais, au bout de dix minutes ou d'un quart d'heure, une fatigue telle s'était emparée de lui, qu'il fut obligé de suspendre la compression; la perte reparut. Il tâcha de comprimer encore pendant qu'on allait bien vite appeler un autre interne. Celui-ci releva M. Boullard, et ils purent, en se relayant, exercer, pendant trois quarts d'heure, une compression permanente sur l'aorte. L'hémorrhagie fut, pour le coup, définitivement arrêtée, et la femme sortit guérie, avec son enfant, quelques jours après. (Communication orale.)

breux succès qu'elle a obtenus. Elle a en effet arraché bon nombre de femmes à une mort certaine, ainsi que le démontrent les faits rapportés dans la Physiologie de M. P. Bérard (1).

Quand le placenta n'est décollé qu'en partie, la perte peut n'être

---

(1) Voici les faits rapportés par M. Bérard, *Cours de physiologie*, t. 3, p. 219 et sq. :

« 1re *observation* (par Waller). Hémorrhagie foudroyante après l'accouchement; tous les signes d'une mort imminente; extrémités froides, mouvements respiratoires insensibles. 2 onces du sang du mari sont transfusées par Blundell; on recommence quelques instants plus tard. Guérison. (*London med. and phys. journal*, vol. 54, p. 273; 1825, et *Arch. gén. de méd.*, t. 9, p. 566.)

« 2e *obs.* (par Doubleday). Opération préparée par Blundell, et exécutée quelques heures plus tard par Doubleday; hémorrhagie utérine. La malade était à toute extrémité. 6 onces de sang du mari sont injectées en trois fois; la malade revient de mort à vie, et déclare qu'elle *se sent forte comme un bœuf*, etc. Guérison. (*London med. and phys. journal*, vol. 54, p. 380; 1825, et *Arch. gén. de méd.*, t. 9, p. 572.)

« 3e *obs.* (par Brigham, de Manchester). Hémorrhagie après l'accouchement, perte de connaissance, extrémités froides; la malade allait succomber. 10 à 12 onces de sang injectées en plusieurs fois; dès la troisième injection, la malade se ranime. Guérison. (*Journal des progrès*, t. 3, p. 272, et *London medico-chirurgical review*, octobre 1826, p. 613.)

« 4e *obs.* (par le Dr Burton Brown). Hémorrhagie après l'accouchement (d'un dixième enfant). La malade offrait l'aspect d'une morte; extrémités froides, pupilles dilatées, plus de pouls ni à la radiale, ni à la carotide; trois injections de sang à cinq et à dix minutes d'intervalle. Guérison. (*London med. and phys. journal*, vol. 57, p. 184; 1827, et *Journal des progrès*, t. 4, p. 280.)

« 5e *obs.* (par Waller). Hémorrhagie utérine; imminence de mort. 13 drachmes du sang d'un aide sont injectés; nouvelle injection cinq minutes après; après cinq minutes encore, on injecte 13 drachmes du sang du neveu de M. Waller, de sorte que la malade a reçu du sang de deux hommes. Rétablissement. (*London med. and phys. journal*, vol. 55, p. 458; *Journal des progrès*, t. 9, p. 280.)

« 6e *obs.* (par Banner, de Liverpool). Hémorrhagie utérine, insensibilité de la malade. 14 onces du sang du mari sont injectées en sept fois, à l'aide de l'appareil de Blundell. L'état de la malade reste douteux pendant quelque temps;

pas si grave que celle que je viens de décrire; et alors il faut se contenter de combattre l'inertie par les moyens les plus simples, à moins que l'état de la femme ne vienne à péricliter, ce qui impliquerait la même conduite que pour les autres hémorrhagies; avec cette différence, qu'ici il y aurait de plus à décoller artificiellement la portion de l'arrière-faix encore adhérente. L'excitation produite par cette opération suffit ordinairement pour faire disparaître l'inertie, surtout si on la pratique en même temps que sont employés les autres moyens.

Si la section du cordon ombilical laisse couler du sang, il faut y appliquer une ligature. Au reste, cette précaution doit être prise dans tous les accouchements, indistinctement.

---

cependant elle se rétablit. (*London med. and surg. journal*, 8 juin 1833, et *Arch. gén. de méd.*, 2e série, t. 3, p. 128.)

« 7e *obs.* (par Ingleby). Hémorrhagie utérine après l'accouchement, malade froide et insensible. Injection de 4 onces de sang fourni par le mari; après sept minutes, le pouls reparaît; après trente minutes. la malade est en partie rétablie. Guérison. (Ingleby, *On uterine hemorrhagy*, et *Arch. gén. de méd.*, t. 4, p. 339.)

« 8e *obs.* (par le Dr Klett). Métrorrhagie non puerpérale, sueur glaciale, brouillard sur les yeux, hoquet; traits altérés annonçant une fin prochaine. Injection de sang fourni par le mari; la malade ouvre le yeux presque à l'instant, ses traits prennent une meilleure expression. Guérison. (*Medicinisches Correspondenzblatt*, année 3, n° 6, et *Arch. gén. de méd.*, 2e série, t. 4, p. 117.)

« 9e *obs.* (par le Dr Klett). Hémorrhagie utérine. La malade, qui ressemblait à une morte, faisait ses adieux d'une voix entrecoupée; on lui injecte une petite quantité de sang de son mari, homme vigoureux: « La vie parut se ranimer comme par une commotion électrique. » (*Medicinisches Correspondenzblatt*, année 3, n° 6, et *Arch. gén. de méd.*, 2e série, t. 6.)

« 10e *obs.* (par M. Lane, rapportée par M. Sotteau). Jeune homme opéré de la strabotomie. Hémorrhagie intarissable, état désespéré; injection de 3 onces et demie de sang d'une jeune femme. Rétablissement. (Sotteau, mémoire sur la transfusion du sang, nouvel appareil transfusoire (dans *Annales et Bulletin de la Société médicale de Gand*, 1847, et *Gazette méd.*, 1847, p. 787).

Quelquefois, mais rarement, par bonheur, il peut se faire qu'après un accouchement heureux, après une délivrance des plus simples, lorsque tout est rentré dans l'ordre, et que l'accoucheur s'endort dans une sécurité trompeuse, quelquefois, dis-je, il peut arriver que plusieurs heures après la délivrance, la matrice cesse de se maintenir rétractée : une voie est alors ouverte au sang, qui n'a que trop de tendance à se porter vers la matrice, par suite de l'habitude créée depuis neuf mois dans le jeu de la circulation ; il s'épanche sourdement ; rien n'éveille l'attention des assistants, lorsque tout à coup la femme est prise des symptômes les plus graves. Souvent, il n'est déjà plus temps de lui porter secours.

Ces sortes d'hémorrhagies, qu'on appelle secondaires, sont rares. On leur oppose le même traitement qu'aux pertes qui impliquent la délivrance. Elles peuvent, ai-je dit, survenir chez n'importe quelle

---

« 11[e] *obs.* (par M. Bongard). Malade épuisée par des hémoptysies, et ensuite par des hémorrhagies abondantes. Une jeune femme fournit quelques onces de sang, qui furent introduites à l'aide d'un instrument de transfusion, inventé par M. Bongard. La malade ne succomba que l'année suivante. (*Gazette méd. de Paris*, 1850, p. 132.)

« 12[e] *obs.* (par le D[r] Savy). Hémorrhagie utérine au troisième mois de la grossesse; froid glacial universel, yeux ternes, lèvres pâles; membres tombant par leur propre poids. Transfusion du sang emprunté à une servante robuste. Guérison. (*Journal univers. des sciences méd.*, t. 57, p. 153.)

« 13[e] *obs.* (par le professeur Nélaton). Ici le succès a été compromis par des accidents puerpéraux qui ont enlevé la malade, mais le premier résultat avait été aussi satisfaisant que possible. (*Gazette des hôpitaux*, 1850, n° 150.)

« 14[e] *obs.* (par le D[r] Domène). Hémorrhagie après l'accouchement, signes d'une mort prochaine. Transfusion du sang d'une voisine ; la connaissance revient quelques minutes après l'opération. Guérison. (*Gazette des hôpitaux*, 1851, n° 15.) »

M. P. Bérard cite, en note, un quinzième fait, par M. Marmonnier (*Gazette méd.*, 1851, p. 427).

Le D[r] Jean Polli, de Milan, prétend avoir sauvé 16 individus, sur 21 qu'il a secourus par la transfusion du sang (*Gazette des hôpitaux*, janvier 1854).

femme. Mais il y a lieu de la craindre davantage chez celles qui ont quelque cause prédisposante, chez celles qui ont été affaiblies par des pertes antécédentes ou par un travail long et pénible. On leur placera un bandage de corps serré sur le ventre ; on ne leur permettra que des aliments froids et en petite quantité ; on éloignera toutes les causes qui peuvent activer la circulation et appeler le sang du côté de l'utérus; on videra la vessie et le rectum, s'il y a lieu.

Ces femmes ont besoin d'être entourées d'une surveillance active, surtout pendant leur sommeil. Le médecin ne doit pas quitter leur chevet avant d'être sûr que le danger a cessé de les menacer. Ici, plus que jamais, il doit mettre en pratique un dévouement sans bornes, s'armer d'une attention soutenue, avoir l'esprit en éveil, par une sollicitude de tous les instants.

Des pertes de sang peuvent encore survenir après la fièvre de lait. Je n'en parlerai pas, car elles sortent de mon sujet. Peut-être ai-je déjà eu le tort de me laisser aller à des développements plus considérables que ne le comporte le modeste canevas d'une thèse.

CHAPITRE IV.

LÉSIONS DU VAGIN.

Pendant le travail de l'accouchement, le vagin est exposé à des lésions assez nombreuses. Nous allons les passer successivement en revue.

§ Ier. RUPTURES, PLAIES DU VAGIN. — Le vagin, surtout lorsqu'il est étroit et résistant, peut être rompu par le passage d'une tête trop volumineuse; il peut aussi être perforé par des instruments portés dans son intérieur par une main maladroite; enfin il a été quelquefois séparé en partie ou en totalité de l'utérus. Ce dernier mode de lésion a été surtout produit par de mauvaises applications de forceps, et même directement par la main d'accoucheurs qui ont voulu pénétrer rapidement dans la matrice sans avoir pris la précaution préalable de faire soutenir le viscère. Le même accident a aussi été quelquefois occasionné par des tentatives faites dans le but de repousser une tête déjà engagée. Dans ces manœuvres, l'utérus est refoulé en haut; il entraîne avec lui le vagin; celui-ci s'allonge jusqu'à un certain point, mais les limites de cet allongement sont très-bornées, et les attaches des deux organes se rompent avant que l'accoucheur ait atteint le but qu'il se proposait. C'est là un grave accident.

Des états pathologiques antécédents, capables de diminuer la résistance des parties, doivent être considérés comme causes prédisposantes des ruptures du vagin.

Lorsque la rupture est produite par une extrême distension due à la pression de la tête, la lésion porte le plus souvent sur la paroi postérieure; elle a pour effet, dans ces cas, de mettre en communi-

cation le rectum et le conduit vulvo-utérin. C'est ainsi qu'on a pu voir quelquefois les enfants venir au monde *en façon bien estrange,* non sans délabrement des parties maternelles. Mais ces cas sont fort rares.

Dans une lésion que j'aurai occasion de décrire plus loin, la rupture centrale du périnée, le vagin est aussi inévitablement dilacéré.

Les ruptures du vagin ne constituent pas un accident aussi grave que celles de l'utérus. Ce n'est que très-exceptionnellement qu'elles ont été assez étendues pour permettre le passage de l'enfant dans l'abdomen. La conduite à suivre dans cette dernière hypothèse est la même que si l'on avait affaire à une rupture utérine.

Les symptômes consistent dans une douleur très-vive au moment où l'accident se produit; ordinairement le sang s'écoule par la vulve; le toucher complète le diagnostic.

Quelquefois des anses intestinales sont venues faire hernie à travers la plaie vaginale. L'indication est de les restituer en leur place habituelle.

Lorsque l'accouchement est terminé et la délivrance opérée, il faut nettoyer le vagin, et ensuite, au moyen de points de suture, ou mieux de serres fines, affronter les lèvres saignantes de la solution de continuité, et tâcher d'obtenir ainsi une réunion immédiate. Le plus souvent cette réunion a lieu; mais il arrive quelquefois qu'elle ne s'opère pas, et la femme reste alors porteur d'une fistule recto-vaginale.

§ II. Compression, gangrène des parois. — Quand la tête du fœtus a franchi l'orifice de l'utérus et qu'elle est arrivée dans l'excavation pelvienne, il faut de toute nécessité qu'elle continue à progresser vers l'extérieur, à défaut de quoi il pourra survenir de graves accidents. En effet, si la tête s'arrête, elle comprimera violemment contre les parois osseuses du bassin les parties molles dont elle est environnée; et, pour peu que cette compression dure quelques heures, les parties correspondantes aux saillies osseuses seront frap-

pées de mortification. De là des pertes de substances, variables d'étendue et de siége, mais qui peuvent se résumer dans les lésions suivantes :

Fistules vésico-vaginales,
Fistules recto-vaginales,
Fistules vésico-recto-vaginales.

L'énoncé seul de ces maladies suffit pour faire comprendre toute l'importance qu'il y a à les empêcher de se produire; là se borne le rôle de l'accoucheur. Si le mal est fait, ce n'est pas pendant l'accouchement qu'il se manifeste; on ne s'aperçoit de l'existence des fistules qu'au bout de quelques jours, lorsque la chute des eschares a ouvert les communications entre le vagin et les réservoirs qui l'avoisinent; alors la malade ne peut plus retenir ses matières fécales ou ses urines, suivant le siége de la mortification. C'est au chirurgien qu'appartient la cure de ces lésions, qui sont graves, non pas en ce qu'elles constituent un danger réel pour la vie de la femme, mais parce qu'elles constituent de pénibles infirmités, pour lesquelles des opérations douloureuses, et souvent incertaines dans leurs résultats, sont nécessaires.

L'accoucheur doit donc mettre tous ses soins à empêcher ces mortifications d'avoir lieu. Pour y parvenir, l'indication dominante est de terminer l'accouchement. Il faut intervenir. Mais quel sera le caractère de cette intervention?

La première chose à faire est de s'enquérir de la cause qui a amené l'arrêt de la tête; la cause, déterminée, il faut la combattre par les moyens appropriés. Si cela ne suffit pas, on devra, sans tarder, recourir au forceps.

Dès qu'on a la certitude que le travail ne peut se terminer seul, on doit employer cet instrument, dans le cas qui nous occupe ici. Le séjour de la tête dans l'excavation pendant quatre ou cinq heures seulement suffit pour occasionner les désordres les plus graves, on a vu des exemples dans lesquels la mortification a marché encore plus vite; il faut donc savoir se décider à temps. La limite de l'ex-

pectation est celle-ci : *les moyens qu'on a employés n'ont pas produit leur effet après le temps accoutumé : appliquer le forceps.*

On ne doit pas oublier que pour l'enfant aussi, l'arrêt de la tête dans l'excavation n'est pas une chose indifférente, surtout dans les présentations de l'extrémité pelvienne, le reste du corps étant déjà dehors.

§ III. Thrombus. — Chez toutes les femmes, l'état de grossesse amène un développement considérable du lacis veineux qui court dans l'épaisseur des membranes du vagin. Les veines, plus nombreuses sur les parties latérales de l'organe, peuvent même devenir variqueuses; on les a vues se rompre pendant l'accouchement et être la source d'hémorrhagies. Ces hémorrhagies se distinguent des pertes utérines, en ce que l'utérus est contracté. Avec le spéculum, on peut même en distinguer le siége. Pour les arrêter, il faut employer le tamponnement, avec une légère modification, qui consiste à imbiber les bourdonnets d'un liquide astringent.

La rupture des veines du vagin peut donner lieu à une autre sorte d'hémorrhagie, à des thrombus; le sang peut s'infiltrer alors dans le tissu cellulaire circonvoisin en quantité capable d'occasionner la mort. Ces thrombus forment quelquefois des tumeurs volumineuses qui peuvent effacer le calibre du vagin et mettre obstacle soit à la descente du fœtus, soit à l'introduction de la main ou des instruments pour les opérations. Ce qu'il faut faire alors, c'est de les rompre on de les inciser dans le point le plus déclive, d'extraire les caillots, de terminer l'accouchement, et après la délivrance, de tamponner le vagin avec de la charpie imbibée de liquides astringents. On emploiera en même temps les hémostatiques à l'intérieur.

§ IV. Relachement du vagin. — A la suite d'accouchements laborieux, on a vu quelquefois le vagin relâché faire en quelque sorte procidence et former entre les lèvres de la vulve une tumeur dont

le toucher indique facilement la nature; des applications astringentes suffisent pour la faire disparaître.

Un dernier mot sur une lésion assez singulière. La tête fortement appliquée sur les parois vaginales les racle en quelque sorte, pendant qu'elle s'avance vers l'extérieur, et peut en enlever un lambeau plus ou moins considérable; ce lambeau a la forme d'un triangle attenant au vagin par sa base. Quand on sera témoin de la production de cet accident, on relèvera le lambeau et on le maintiendra en place au moyen de serres fines. Quand il se cicatrise séparément, il reste pendant entre les lèvres de la vulve et constitue une petite difformité qu'on a eu quelquefois de la peine à s'expliquer.

CHAPITRE V.

LÉSIONS DE LA VULVE ET DU PÉRINÉE.

§ Ier. DÉCHIRURES ET RUPTURES DE L'ANNEAU VULVAIRE ET DU PÉRINÉE. — Il arrive quelquefois qu'au moment où la tête de l'enfant va franchir l'orifice vulvaire, le périnée distendu, aminci, ne peut plus soutenir l'effort qui le presse, et se rompt. Cet accident peut survenir de différentes manières. Le plus souvent, la solution de continuité a pour point de départ le pourtour de l'anneau vulvaire, soit au niveau du raphé, soit à droite ou à gauche de cette ligne; quelquefois des deux côtés d'un seul coup. Elle peut se propager plus ou moins loin, s'étendre jusqu'à l'anus et l'intéresser, de sorte que les organes génitaux et la fin du tube digestif se trouvent réunis en un vaste cloaque. Communément, néanmoins, le sphincter anal limite la déchirure.

Dans d'autres cas, l'anneau vulvaire reste intact, et c'est par le centre du périnée que se fait la solution de continuité, assez grande alors pour donner passage au fœtus. L'anus et la vulve ne sont pas endommagés: ces sortes de lésions auxquelles on donne le nom de ruptures centrales du périnée, niées par un certain nombre d'auteurs, ne peuvent plus aujourd'hui faire l'objet du moindre doute.

Étiologie. — Les femmes primipares, en raison de l'étroitesse de leurs parties, en raison de l'inextensibilité de leurs tissus, sont plus exposées que les autres aux ruptures et aux déchirures du périnée; mais cet accident survient aussi aux multipares, et même dans des proportions assez considérables.

Une rupture ou une déchirure survenue dans un accouchement précédent doit prédisposer au renouvellement de l'accident. Néanmoins quelques femmes ont eu, après la restauration de leur péri-

née, des grossesses nombreuses qui n'en ont plus altéré la solidité.

Une cause positive de déchirure, c'est l'étroitesse de la vulve, étroitesse naturelle ou produite par des états pathologiques, par des cicatrices anciennes, ou bien même par la persistance de la membrane hymen. Chez les femmes dont cette ouverture est très-étroite, il est bien difficile d'empêcher la fourchette de se déchirer ou tout au moins de s'érailler, à telles enseignes que M. P. Dubois conseille même de prévenir la nature, en pratiquant des deux côtés du raphé périnéal des incisions qui élargissent le passage. Son but est de substituer ainsi aux hasards d'un accident une opération réglée, méthodique, de l'art. Mais n'anticipons pas..., nous reviendrons là-dessus à propos du traitement.

Il existe certaine condition anatomique spéciale, certaine conformation qui frise la défectuosité, et dont la conséquence est d'exposer fortement les femmes chez qui elle se rencontre à la lésion qui fait l'objet de ce chapitre. C'est la longueur et la minceur exagérées du périnée, disposition qui porte l'ouverture de la vulve trop en avant, et l'écarte ainsi des directions normales du bassin, ou, pour mieux m'exprimer, qui donne à l'axe général du bassin une courbure antérieure trop prononcée et rend ainsi plus difficile, plus pénible, le trajet du fœtus vers l'extérieur. Chez les femmes ainsi bâties, la tête, lorsqu'elle arrive sur le plancher, au lieu de continuer à progresser en avant pour gagner l'ouverture, s'arrête, appuie de toute la puissance des efforts parturitifs sur les parties molles qui opposent la résistance, les presse, les pousse, les distend, les amincit à un point extrême, et à un moment donné, la rupture devient inévitable. Elle s'opère, en effet, et l'enfant vient au monde par une voie artificielle, par une issue qu'il a eu moins de peine à se créer lui-même, qu'à trouver l'autre, préparée par la nature, mais vicieusement déviée de sa place habituelle.

Causes venant de l'œuf. Le volume exagéré du fœtus, l'hydrocéphalie surtout, exposent aux déchirures du périnée, même chez les

multipares; mais pour peu qu'avec de telles dispositions du produit coïncide un certain degré d'étroitesse des parties maternelles, l'accident sera presque inévitable. Parmi les présentations, il en est une de particulièrement dangereuse au point de vue qui nous occupe ici : c'est la présentation de la face, et cela parce qu'elle ne permet pas d'employer l'excellent moyen prophylactique qu'on doit en tout autre cas opposer à la production de l'accident; je veux parler de l'action de soutenir le périnée. Dans la présentation de la face, on ne peut pratiquer cette manœuvre sans courir le risque de comprimer le cou du fœtus contre la symphyse pubienne, et par là, d'occasionner sa mort.

La déchirure peut encore survenir par le fait de l'accoucheur : 1° Lorsqu'on est obligé d'appliquer le forceps et d'extraire rapidement le fœtus pour un accident qui menace plus prochainement sa vie et celle de sa mère. Ici l'instrument augmente le volume de la tête, et, de plus, l'extraction rapide ne donne pas aux parties maternelles le temps de se distendre convenablement. On a vu quelquefois la lame du forceps couper comme un couteau l'anneau vulvaire et être ainsi le point de départ de ruptures qui peuvent être considérables. 2° La manœuvre pour le dégagement de la tête, lorsqu'elle s'est défléchie pendant les tractions exercées sur les extrémités inférieures du fœtus, s'accompagne souvent de la production d'une déchirure. 3° L'omission de l'importante précaution de soutenir le périnée, lorsqu'il commence à bomber, est encore une cause dont l'influence ne doit pas être oubliée, et dont je crois préférable d'exposer le mécanisme à propos du traitement.

Diagnostic. — Il n'est pas difficile de reconnaître une rupture ou une déchirure du périnée au moment de sa production. La chose peut se passer sous les yeux de l'accoucheur. L'accident déjà produit n'offre pas plus de difficulté. D'abord, il n'y a pas à s'inquiéter de la confusion possible avec une absence congénitale du périnée, car cette monstruosité n'a jamais été observée. Mais lorsqu'on est

appelé auprès de la femme après l'accouchement, il y a de l'utilité à distinguer une rupture ancienne d'une récente. Eh bien! dans celle-ci, la chair est vive, les bords de la plaie sont saignants, une hémorrhagie même assez considérable peut avoir lieu, tandis que dans les ruptures anciennes, pas d'hémorrhagie de ce côté, et les bords de la solution de continuité sont recouverts d'un tissu cicatriciel facile à reconnaître. Au surplus, on peut avoir des renseignements de la malade elle-même ou de ceux qui l'entourent.

A l'accoucheur attentif qui surveille une femme en travail peuvent se présenter certains symptômes qui avertiront de l'imminence du danger : c'est le bombement du périnée pendant la contraction, c'est son amincissement à chaque instant, plus grand sous l'influence de la progression de la tête, amincissement coexistant avec une étroitesse du dernier passage ou un volume considérable de la tête fœtale. Quand ces signes se présentent, on doit se tenir soigneusement sur ses gardes.

Pronostic. — Le pronostic des ruptures du périnée n'est pas prochainement grave, eu égard à la vie de la femme, qui n'est presque jamais compromise. Il est nul pour l'enfant. Mais à un autre point de vue, au point de vue de la vie sociale, cet accident acquiert un haut degré de gravité, surtout lorsque le rectum et le vagin sont mis en communication. Les femmes chez lesquelles cette lésion ne s'est pas guérie, soit par les seuls efforts de la nature, soit par le secours d'une opération, restent dans un état déplorable, soumises à toutes les infirmités qui font de l'existence de ceux qui portent un anus contre nature un supplice continuel. Ces infirmités, plus pénibles encore chez une jeune femme que chez tout autre individu, obligent les femmes qui en sont affectées à se condamner à un isolement absolu; elles ne sont presque plus aptes à redevenir mères; elles perdent leur gaieté, leur fraîcheur se fane, et leur vie se consume dans une tristesse profonde.

A tous ces inconvénients, si l'on ajoute ces considérations : que la rupture du périnée facilite la chute de la matrice, lésion à laquelle elle donne même un caractère de gravité spéciale, parce qu'il est impossible alors de lui opposer l'emploi des pessaires; que, du reste, la largeur exagérée des parties ne constitue pas une condition favorable pour les accouchements subséquents, à supposer toutefois que la femme redevienne enceinte; qu'enfin, même après guérison, le périnée reste ordinairement affaibli, circonstance toujours mauvaise; on verra que l'accident qui nous occupe ici mérite bien que l'accoucheur mette tous ses soins à le prévenir, lorsque la chose est humainement possible.

Traitement. — Il se divise en prophylactique et en curatif; le premier, d'une importance plus grande, au point de vue obstétrical, que le second, qui, à vrai dire, appartient plutôt à la chirurgie.

La prophylaxie consiste chez toutes les femmes, et surtout chez celles qui sont menacées de cet accident, à soutenir le périnée en appliquant une, deux, trois, quatre mains sur cette partie, dès qu'elle commence à bomber. De cette façon, on fournit au tissu menacé une sorte de doublure qui en augmente singulièrement la solidité. Mme Lachapelle insistait beaucoup sur ce point, et M. Pajot y insiste aussi beaucoup dans ses cours. M. Dubois ne veut pas qu'on contienne le périnée, car il regarde cette précaution comme illusoire. Il préfère, lorsque le périnée menace de se rompre, pratiquer deux petites incisions sur la fourchette, une de chaque côté du raphé. Il dilate ainsi artificiellement l'ouverture vulvaire et facilite le passage de l'enfant. Mais ces incisions ont été plus d'une fois le point de départ de vastes déchirures, et il faut être sobre de leur emploi. Elles semblent devoir être réservées pour certains cas particuliers où elles sont formellement indiquées : dans la présentation de la face, par exemple, où il y aurait danger pour le fœtus à soutenir le périnée. Sauf cette circonstance exceptionnelle, soutenir le périnée est une fort bonne chose, et il ne faut pas la négliger.

Il est important, quand on applique le forceps, de tirer lentement, de manière à donner aux parties le temps de se dilater; il importe aussi beaucoup d'opérer le dégagement de la tête suivant que l'indiquent les positions : c'est ainsi qu'on évitera l'accident. On ne doit passer par-dessus le précepte de tirer avec beaucoup de lenteur que dans les cas où il y a urgence à terminer le plus vite possible l'accouchement. Alors on risque beaucoup de fendre le périnée; mais, à tout prendre, mieux vaut cela que de laisser mourir la femme ou l'enfant de l'accident plus grave qui a nécessité l'emploi de l'instrument.

Quand la rupture est produite, le premier soin de l'accoucheur est d'arrêter l'hémorrhagie, par les mêmes moyens que dans une plaie ordinaire. Cela fait, on abstergera bien le vagin (après avoir fait la délivrance); on nettoiera bien les lèvres de la plaie, et on tâchera de favoriser leur réunion par première intention, au moyen de la situation et même d'une opération chirurgicale. La situation est importante à observer. Il faut que la femme ait les cuisses tenues au contact l'une de l'autre. On emploiera, pour cela, des tours de bande autour des genoux et des malléoles; on enjoindra à la femme de garder la plus grande immobilité possible, et pour favoriser l'observation de cette importante prescription, on lui administrera des préparations opiacées qui arrêteront les déjections alvines. Lorsqu'on aura lieu de penser que la réunion est faite, et qu'elle est assez consolidée pour résister à de faibles tiraillements, on purgera la femme pour amollir, liquéfier les matières fécales, et en rendre ainsi l'excrétion facile.

Ces simples précautions ont suffi quelquefois pour guérir des déchirures très-étendues. Dans celles qui intéressent la vulve et l'anus, si elles sont insuffisantes pour amener une réunion complète, elles l'établissent au moins en certains points de la solution de continuité, formant ainsi des ponts que le chirurgien pourra utiliser plus tard, lorsqu'on en viendra à une opération. Pour les ruptures centrales, ces soins suffisent presque constamment; on pourra leur adjoindre

l'emploi de fortes serres fines. Mais, dans les cas où l'accoucheur aura des raisons pour croire que la guérison ne s'opérera pas par ces simples moyens, lui sera-t-il permis de recourir à une opération chirurgicale pratiquée immédiatement après l'accouchement? M. Roux répond par la négative, parce que, selon lui, la femme n'est pas dans un état favorable pour la réussite de l'opération. Il se fonde sur la douleur de l'opération, qui viendrait ajouter un dangereux surcroît à la fatigue, à l'épuisement du travail, et sur l'inconvénient qu'il pourrait y avoir à annoncer si vite à la malade le malheur qui lui est arrivé. M. Roux insiste enfin sur l'obstacle que doit porter à la réunion l'écoulement des lochies. Sans nier la puissance de ces arguments, je penche cependant pour l'avis contraire. En effet, la douleur de l'opération n'est pas très-grande, car il suffit de trois ou quatre points de suture enchevillée; l'écoulement lochial ne peut mettre obstacle à la réunion immédiate par ses qualités irritantes, car la réunion se fait en vingt-quatre ou trente-six heures, espace dans lequel les lochies n'ont pas cessé d'être un simple suintement séro-sanguinolent. Enfin on peut avoir le grand avantage d'obtenir une réunion qui dispense plus tard d'une opération, laquelle alors serait devenue vraiment douloureuse, parce qu'on serait obligé d'aviver les parties pour les recoller. Ces raisons, et surtout le fait de guérisons presque spontanées, me font admettre qu'on doit essayer, lorsque la rupture est étendue, et surtout lorsqu'elle intéresse le rectum, qu'on doit essayer, dis-je, d'y remédier tout de suite par une opération que l'expérience, aussi bien que la théorie, démontre être peu douloureuse; d'une exécution facile; pour laquelle tout est bien disposé, puisque la plaie est toute fraîche; dont l'efficacité a été plusieurs fois constatée et dont la non-réussite ne saurait occasionner d'accidents sérieux.

Lorsque la solution de continuité reste béante malgré les soins de l'accoucheur, elle sort du domaine de l'obstétrique et rentre dans celui de la chirurgie, à laquelle j'ai hâte de l'abandonner.

§ II. *Thrombus des grandes lèvres.* — Il n'est pas rare de voir des thrombus se former dans les grandes lèvres pendant la parturition; ces tumeurs peuvent devenir volumineuses, au point de gêner l'accouchement et de se rompre, soit sous la pression des parties fœtales, soit sous la pression de la main ou du bras de l'accoucheur pendant les manœuvres; il faut autant que possible éviter cette rupture. Après la sortie du fœtus, la circulation de retour n'éprouvant plus d'obstacle, la tumeur ne grossit plus et a de la tendance à guérir par résolution. Si la tumeur obstrue la vulve, au point de ne pouvoir, sans se rompre, laisser passer l'enfant, il faut la vider soit par une ponction, soit par une incision pratiquée dans le point le plus déclive. S'il n'y a pas d'hémorrhagie, on fera un pansement simple, qu'on maintiendra à l'aide d'un bandage en T; dans le cas contraire, on emploierait les hémostatiques à l'intérieur, et on placerait dans la tumeur des bourdonnets de charpie imbibés de substances astringentes.

CHAPITRE VI.

LÉSIONS DU SQUELETTE DU BASSIN.

§ Ier. Disjonction des symphyses; fracture des os du bassin. — Il est arrivé, dans quelques accouchements, que la tête du fœtus n'a pu traverser la filière du bassin qu'après avoir produit la dislocation des symphyses, et même, dans un cas, la fracture de l'ischion d'un côté et du pubis de l'autre (1).

Les causes de ces accidents redoutables doivent être recherchées :

---

(1) Je crois devoir rapporter ici la partie essentielle d'une observation unique dans les annales de la science, et qui appartient à M. Papavoine.

«La nommée G..., fille âgée de trente-six ans, d'une constitution vigoureuse, d'une stature moyenne, avait déjà fait cinq couches heureuses, lorsqu'il y a deux ans elle reçut, dans le côté droit du bassin, un coup de pied de cheval qui détermina plusieurs fractures. Entrée à l'hôpital Saint-Louis, elle y fut traitée pendant quatre mois, après lesquels elle sortit bien guérie. Une personne de l'art, qui la vit à cette époque, l'avertit que, si elle s'exposait à une nouvelle grossesse, elle serait très-probablement victime de son imprudence. G... ne tint point compte de cet avis, devint enceinte une sixième fois, et parvint à l'époque de l'accouchement sans éprouver le moindre accident. — Le 26 juillet 1828, vers le soir, elle ressent les premières douleurs de l'enfantement. Le travail n'avançant pas, on fait venir un accoucheur, qui, après de grandes et inutiles tentatives pour faire l'accouchement, demande qu'on lui adjoigne un second. — Le 29, le forceps est appliqué (*); les deux opérateurs, aidés d'une troisième personne, exercent sur l'enfant les tractions les plus violentes, tandis que plusieurs autres contiennent la patiente sur le lit de douleur. Enfin elle est délivrée, le soir du même jour, d'un enfant qui avait, m'a-t-on dit, une tête très-volumineuse, et qui vécut quelques minutes seulement. La femme passe la nuit au milieu des plus horribles souffrances, et, le 30 au matin, on l'apporte à l'hôpital Saint-Louis. A la

(*) «Je n'ai pu savoir si le premier accoucheur avait d'abord employé seul cet instrument.»

du côté de la mère, dans les rétrécissements du bassin et dans l'affaiblissement des ligaments par le fait de la grossesse; du côté de l'enfant, dans le volume et la dureté de la tête; du côté de l'accoucheur, dans des applications de forceps suivies de tractions trop puissantes.

C'est un point aujourd'hui établi par des analogies tirées de la physio-

---

visite, elle offre les symptômes suivants : décubitus sur le dos, face d'un jaune sale, yeux éteints, expression d'une vive douleur, grippement de tous les traits, langue un peu jaunâtre, abdomen très-douloureux à l'hypogastre, un peu moins dans les autres régions, tuméfié, sonore surtout à l'ombilic, où se dessine une tumeur molle, circonscrite, que l'on considère comme une hernie ventrale; envies fréquentes de vomir; sentiment de chaleur extrême dans toutes les parties génitales. Par le toucher, on reconnaît, à l'entrée de la vulve, une tumeur du volume d'une grosse noix, faisant hernie, et formée par la paroi antérieure du vagin. Cette cavité elle-même est remplie de caillots sanguins; le doigt, porté vers son fond le plus haut possible, touche un corps mou, allongé, à la base duquel il ne peut parvenir, et que l'on croit être un débris du placenta, ou un caillot de sang engagé dans le col de l'utérus. D'ailleurs, quand même celui-ci, encore volumineux, n'aurait pas été retenu au niveau du détroit supérieur du bassin, on n'aurait pu que très-difficilement tirer tout le parti possible du toucher, à cause des trop vives douleurs qu'il déterminait. Cependant c'est à l'aide de ce moyen d'investigation qu'on a fort bien reconnu ce qui suit : au-dessus de la tumeur formée par la paroi antérieure du vagin, le doigt rencontre une déchirure du côté droit de la vulve, entre la grande et la petite lèvre, et qui, à partir du dessous du clitoris, remonte le long de la branche et de l'arcade du pubis, qui sont dénudées dans l'étendue de plus d'un pouce. Par cette déchirure, on pénètre, à 3 pouces au moins de hauteur, en arrière de la couche graisseuse qui constitue le mont de Vénus. En haut et de chaque côté, on trouve deux surfaces inégales, raboteuses, distantes l'une de l'autre d'un pouce et demi environ, et appartenant aux extrémités pubiennes qui concourent à former la symphyse de ce nom, de manière que, les branches du pubis étant écartées, le tissu cellulaire qui les sépare de la vessie déchirée, et la peau du mont de Vénus décollée, on pénètre entre celle-ci et la paroi antérieure de la vessie. En examinant ensuite les parties, on observe que les grandes lèvres sont très-tuméfiées, que leur face interne, les petites lèvres, l'entrée de la vulve, l'espèce de hernie qu'elle présente, sont forte-

logie comparée, et par des observations authentiques sur des femmes, que la gestation amène dans les articulations du bassin sinon un écartement réel, du moins une tendance à l'écartement. Ce relâchement

---

ment injectées d'une couleur rouge brun; que l'orifice de l'urèthre, presque entièrement effacé, est tout à fait incliné à gauche, n'étant plus retenu à droite par les parties molles détachées de l'os. Les membres inférieurs sont légèrement œdématiés; la sonde, introduite une première fois dans la vessie, n'avait procuré qu'une faible évacuation d'urine. Le cathétérisme, tenté de nouveau, est impossible; seulement le bout de la sonde, placée à l'entrée du canal de l'urèthre, détermine la sortie d'une petite quantité d'urine, qui s'écoule le long des parois de l'instrument. M. Lugol prescrit une saignée de 4 palettes, l'eau d'orge oxymellée, des lavements, des cataplasmes émollients et la diète.

«Dans la journée, les symptômes revêtent à chaque instant une acuité plus grande. — Le 31 juillet, la malade peut à peine répondre aux questions qu'on lui adresse. Après une longue agonie, la malade meurt à trois heures du soir.

«*Autopsie* vingt-trois heures après la mort.—Extérieur du corps : teinte jaune de la peau plus prononcée au visage, émission par la bouche d'une assez grande quantité du même liquide jaune bilieux qui avait constitué la matière des vomissements ; ventre ballonné au plus haut point; la tumeur ombilicale est moins prononcée qu'elle ne l'était, quand la malade fut vue pour la première fois.

«Les organes encéphaliques et thoraciques sont dans une intégrité parfaite.

«Abdomen. A peine les parois du ventre sont incisées, que le tube digestif, énormément distendu par des gaz, s'élance en quelque sorte par l'ouverture qui lui laisse un passage libre. En relevant en haut les téguments abdominaux, on reconnaît que la tumeur observée à l'ombilic est due à la pression qu'exercent les intestins sur les feuillets aponévrotiques seulement, les muscles droits étant écartés l'un de l'autre de 3 à 4 pouces; la muqueuse digestive, à cela près qu'elle offre un peu plus de pâleur que de coutume, paraît saine; tout le péritoine est d'un rouge vif, uniforme ou pointillé; cette coloration est plus prononcée dans la portion qui recouvre les organes de la région hypogastrique; il n'y a dans sa cavité qu'un très-faible épanchement séreux et aucune trace de pseudo-membrane; l'excavation du bassin, les hypochondres et les fosses iliaques, sont remplis de sang liquide ou coagulé, dont le poids peut être d'une livre et demie à 2 livres. Tous les organes abdominaux, à l'exception de la matrice et de la vessie, étant enlevés, ceux-ci furent soumis à notre examen.

«L'utérus, ayant un peu moins de volume que les deux poings, s'élève au ni-

des liens articulaires existe de fait dans les espèces animales, et, dans la nôtre, on ne doit admettre que la tendance. Le but que se propose ici la nature n'est pas douteux, c'est de faciliter l'issue du

---

veau du détroit supérieur; sa surface est d'un rouge vif. En l'inclinant en avant, on aperçoit en arrière deux déchirures du péritoine: l'une, au pourtour du détroit supérieur, a près d'un pouce de largeur, et laisse voir un écartement à peu près égal entre les deux surfaces osseuses qui concourent à former l'articulation sacro-iliaque gauche; l'autre, située au fond du cul-de-sac que forme cette membrane, en se portant du vagin sur le rectum, a environ 15 lignes d'étendue, et s'ouvre à l'intérieur du vagin, près du col de l'utérus. C'est par cette dernière déchirure que le sang échappé de la cavité de la matrice s'est épanché dans le péritoine. Après avoir fait une incision sur les téguments de la région hypogastrique, une recherche attentive nous confirme l'existence de toutes les lésions que le toucher nous a fait diagnostiquer, c'est-à-dire la diastase de la symphyse pubienne, etc.; de plus, nous observons une vive coloration, une forte congestion du tissu cellulaire qui avait uni la vessie au pubis. De chaque côté, ce tissu, qui offre de larges aréoles d'une couleur verdâtre, et dans lesquelles commence à se sécréter une matière purulente, communique avec le vagin par deux déchirures de la paroi intérieure, qui ont un demi-pouce à peu près de diamètre et sont peu éloignées de la vulve. Le canal de l'urèthre, la vessie, ne présentent aucune trace de rupture; toutes deux sont vivement enflammées. Les parois de la vessie sont très-minces; sa cavité contient une grande quantité d'urine fortement colorée. L'intérieur du vagin et de la matrice est également congestionné, d'un rouge brun. Dans le vagin est la tumeur que le toucher nous y a fait reconnaître; elle est formée par la lèvre postérieure du col utérin, qui, longue d'un pouce et demi, molle, épaisse et comme infiltrée de sang, nous avait, à cause de ces caractères, induit en erreur sur sa nature. On ne trouve à la surface interne de la matrice, ni dans son parenchyme, aucune trace de suppuration; son tissu, sans apparence fibreuse, assez analogue au tissu blanc de la glande mammaire, est pâle; ses sinus sont vides de sang; les ovaires sont très-sains.

« Après avoir constaté ces désordres des organes contenues dans la cavité abdominale et pelvienne, nous avons dépouillé le bassin de ses parties molles, afin de procéder à l'examen de ses difformités, des lésions qui en ont été cause, et qui, en s'opposant à l'œuvre de l'accouchement, ont déterminé la mort. Nous rencontrons d'abord comme altérations anciennes les objets suivants: 1° une frac-

fœtus; mais cette tendance peut s'exagérer et passer à l'état de fait pathologique. Mon sujet ne me permettant pas de m'étendre davantage là-dessus, je dois seulement faire remarquer qu'au point de vue de l'accouchement, la laxité des symphyses devrait être une circonstance

---

ture consolidée, dirigée de haut en bas et de dehors en dedans, siégeant au tiers postérieur de l'idéon droit, un peu en avant de la symphyse sacro-iliaque. Le fragment antérieur s'est avancé sur le postérieur et sur le bord supérieur du sacrum auxquels il est uni par des prolongements osseux très-solides; et comme cet avancement a été plus grand vers son bord *pelvien* qu'à sa crête, il suit de là qu'il recouvre une surface triangulaire, dont la base répond au détroit supérieur du bassin. La grande échancrure sacro-ischiatique, au lieu d'être arrondie en haut, est tout à fait anguleuse par le rapprochement du sacrum et du bord postérieur de l'iléon. 2° Une autre fracture de la branche horizontale du pubis droit, un peu au devant de la cavité cotyloïde. Un cal volumineux, faisant surtout saillie en dedans, réunit les fragments qui se sont placés l'un devant l'autre, comme l'indique un sillon qui les sépare en se dirigeant suivant le sens de leur longueur. 3° Une autre fracture entre la tubérosité ischiatique droite et la branche ascendante de l'ischion. La tubérosité est fortement portée en dedans, le pubis un peu en arrière et en dedans; et comme il existait un grand écartement entre les fragments, ils n'ont pu se réunir qu'au moyen d'un cordon fibreux qui va de l'un à l'autre. 4° Une inclinaison très-prononcée de droite à gauche et de haut en bas des plans des deux détroits du bassin. 5° Une déformation de ceux-ci, telle que la description la plus minutieuse aurait peine à la représenter. L'examen des planches en donne une idée tout à fait exacte.

« Nous trouvons ensuite comme lésions récentes : 1° une fracture de la tubérosité ischiatique droite, de laquelle se détache, à son extrémité inférieure et interne, une petite portion osseuse qui lui adhère au moyen du périoste, mais qui en outre est soutenue par le lien fibreux dont il a été question au sujet de la troisième fracture ancienne; 2° une autre fracture de la branche descendante du pubis droit, dirigée obliquement de bas en haut vers le trou ovale; 3° une luxation incomplète du coccyx qui permet à cet os de se fléchir ou de s'étendre fortement sur le sacrum; 4° et la diastase des symphyses pubienne et sacro-iliaque dont j'ai déjà parlé.

« Enfin je terminerai cette autopsie en faisant connaître les dimensions principales du bassin et celles de ses diamètres. La distance entre les épines antérieures et supérieures des deux iléons est de 8 pouces 10 lignes, celle qui sépare la

heureuse en facilitant le passage de la tête. Mais il paraît que non ; il paraît que le même état pathologique qui écarte les surfaces articulaires rend leurs attaches friables , et , à tort ou à raison, cet état est considéré comme une prédisposition aux ruptures des symphyses.

Ce dont on ne peut douter, au moins, c'est que les rétrécissements du bassin exposent à cet accident. Il existe des observations dans lesquelles une tête dure et incompressible, poussée par les seuls efforts de la femme, à travers un bassin étroit, a suffi pour le faire éclater. Ces faits, je dois l'avouer, sont d'une extrême rareté, et peut-être pourrait-on admettre que dans ces cas, il y avait faiblesse pathologique des ligaments. La plupart des ruptures de symphyses connues doivent être attribuées à des applications de forceps sur lesquelles on a trop insisté pour extraire, sans désemparer,

---

partie moyenne de ces deux os est de 9 pouces et demi. La distance du milieu de l'angle sacro-vertébral à la symphyse des pubis, en suivant la courbure des os et du détroit supérieur, est moins grande de 3 lignes à droite qu'à gauche ; et cependant l'articulation du pubis est portée à gauche , ce qui s'explique par la disposition de l'iléon droit, qui se dirige obliquement d'arrière en avant, et dont la courbure est presque effacée. Il y a 4 pouces 2 lignes de la symphyse pubienne à l'épine antérieure et inférieure de l'os des iles droit; du côté opposé, la distance entre les mêmes points n'est que de 1 pouce et demi. Au détroit supérieur, le diamètre antéro-postérieur a 4 pouces 5 lignes; le transverse, en le prenant du point le plus concave du côté droit, à un demi pouce en devant de la symphyse iliaque gauche, a 4 pouces et demi ; et si on le dirige vers le point le plus concave de ce même côté, il a 5 pouces et demi; le diamètre oblique cotyloïdien gauche a 5 pouces 3 lignes, l'oblique cotyloïdien droit, 3 pouces 8 lignes. Au détroit postérieur, l'antéro-postérieur a 3 pouces 9 lignes, et est susceptible de s'agrandir beaucoup par la mobilité du coccyx; le bis-ischiatique, qui, à cause du changement de rapport des parties, doit être pris de l'extrémité postérieure de la tubérosité ischiatique gauche, à la partie moyenne de celle du côté opposé, a 2 pouces 8 lignes; l'oblique ischiatique droit, 2 pouces 3 lignes; l'oblique gauche, 3 pouces 8 lignes... » (Papavoine, observations d'un accouchement mortel par suite de fracture et de déformation consécutive du bassin ; *Journal des progrès en médecine*, t. 12, p. 234 ; 1828.)

un fœtus d'un bassin vicié. C'est ce qui est arrivé dans l'observation si curieuse de M. Papavoine.

Il n'est pas indifférent de bien connaître la manière dont agit ici le forceps : le forceps est à la fois un instrument de préhension, de traction, d'excitation, de dilatation et de compression. De tous ces modes d'action, deux seulement doivent nous arrêter pour notre sujet : dilatation et compression. Cette compression admet elle-même deux variétés : elle est active ou elle est passive.

Active, elle transmet à la tête fœtale la pression exercée sur les branches du forceps par les mains de l'accoucheur. Nous n'avons pas à nous en occuper. Passive (c'est ce mode qui nous intéresse), elle comprime la tête à mesure que le forceps s'engage dans le passage et tend à le dilater. Pour mieux me faire comprendre, je reproduirai ici une comparaison dont M. Pajot a coutume de se servir à ce propos, et qui rend ce mécanisme parfaitement clair. Tout le monde connaît ces porte-crayons en métal dont on se sert pour dessiner, et dans lesquels le crayon est maintenu serré entre deux valves par une virole, aussi en métal. En faisant glisser le porte-crayon dans la virole, ses valves se rapprochent et compriment le crayon. Si l'on pousse trop fort, il arrive de deux choses l'une : ou le crayon est broyé, ou la virole éclate. Eh bien! le porte-crayon représente le forceps ; la virole représente l'anneau formé par le bassin ; le crayon représente la tête du fœtus. Si dans un bassin rétréci on exerce des tractions trop violentes sur le forceps, ou la tête du fœtus sera écrasée (et c'est ce qui peut arriver de moins grave), ou le bassin éclatera.

On peut dire que dans la plupart des cas, l'éclatement des symphyses n'est survenu que par la faute de l'accoucheur. Il est, en effet, possible de le prévenir, en n'exerçant sur le forceps que des tractions mesurées. Si une application ne suffit pas, on doit retirer les branches, on doit attendre deux, trois heures, puis recommencer ; quelquefois on réussira alors, mais quelquefois aussi on sera obligé d'en venir à une troisième ou à une quatrième tentative. Si ces dernières sont encore infructueuses, il reste alors le perce-crâne et le céphalotribe

qui constituent l'*ultima ratio* de l'accoucheur dans les cas de rétrécissement du bassin.

Le conseil si sage de ne pas s'obstiner à vouloir, dans une seule application de forceps, terminer un accouchement, peut sembler insolite, à cause de l'idée généralement reçue en chirurgie, qu'une opération étant commencée, dans le but d'être achevée, il faut la terminer séance tenante. En accouchements, une telle manière de faire serait abominable, et produirait, pour le cas particulier dont je m'occupe ici, les plus désastreux résultats.

Il faut savoir attendre : il faut savoir s'arrêter. Ce précepte mérite qu'on y insiste beaucoup.

Symptômes, diagnostic.—La production de l'accident s'accompagne d'une douleur violente, *conquassante,* pour me servir d'une expression consacrée. Plus d'une fois cependant la lésion n'a été reconnue qu'à l'autopsie, et quelquefois aussi elle a dû passer complétement inaperçue; c'est que, l'attention endormie sur ce point, on attribuait aux douleurs de l'enfantement les plaintes de la malade. Presque toujours la malade a accusé un sentiment de craquement, de rupture, dans les os, et parfois même un bruit a été perçu par les assistants.

Une fois l'attention éveillée, le diagnostic devient facile. On pourra en effet constater une mobilité tout à fait anormale dans les articulations du bassin; on pourra même trouver un écartement perceptible à la vue et au toucher. En imprimant des mouvements au bassin, en faisant jouer ses diverses pièces les unes sur les autres, on sentira, comme le disait Paré, les *os croqueter ensemble.*

La déduction peut porter sur chacune des symphyses en particulier, sur deux d'entre elles, et même sur toutes les trois ensemble. On distinguera ces variétés d'après le siége de la mobilité et de l'écartement.

Pronostic. — Grave, très-grave. La rupture des ligaments est suivie,

pour l'ordinaire, d'inflammations circonvoisines violentes; des abcès se forment, le pus fuse de tous côtés, et la malade est enlevée par ces complications, à supposer qu'elle ait eu la chance d'échapper aux maladies puerpérales; car, chez les femmes dont l'accouchement a été laborieux, il y a imminence plus grande que chez les autres d'accidents puerpéraux. Un petit nombre de femmes a réchappé après des péripéties diverses; une ou deux ont été quittes pour fort peu de chose; à la plupart, il est resté de la faiblesse dans les articulations du bassin, et partant de la difficulté, de l'incertitude dans les mouvements des membres inférieurs.

Traitement.—L'indication est d'empêcher les inflammations de se déclarer; elle est aussi de maintenir le bassin immobile, de rapprocher, autant que possible, les surfaces articulaires au moyen de bandages appropriés, pour en faciliter la consolidation.

La diduction des symphyses est souvent compliquée de lésions plus ou moins graves de la vulve, du vagin. Il faut appliquer à ces lésions le même traitement que si elles existaient seules. Je renvoie pour cela aux autres articles de cette thèse.

§ II. Luxation du coccyx. — A côté des dislocations des symphyses du bassin, je dois mentionner la luxation en arrière du coccyx, accident possible, mais des plus rares, et dont il n'existe peut-être d'authentiques que deux observations : celle de M. Papavoine, et une autre appartenant à Lauverjat. « La rétrogradation possible de cet os, dit Lauverjat (cité par M. Malgaigne), cause quelquefois sa luxation. J'ai vu ce cas une fois. La malade souffrait étonnamment et ne pouvait s'asseoir. Je réduisis le coccyx, et elle fut guérie sur-le-champ » (1).

On conçoit facilement que, dans un bassin où le coccyx est très-projeté en avant, le passage de la tête puisse en opérer la luxation.

---

(1) *Nouvelle méthode de pratiquer l'opération césarienne*, p. 7.

CHAPITRE VII.

LÉSIONS DIVERSES PRODUITES PAR LES EFFORTS, PENDANT L'ACCOUCHEMENT.

J'ai étudié, dans les chapitres précédents, l'ensemble des lésions traumatiques que la femme peut éprouver par le fait de l'accouchement ; lésions spéciales, essentiellement liées à cet acte fonctionnel, en dehors duquel elles ne sauraient en aucune façon se produire. Ma tâche n'est pourtant pas accomplie ; car ce ne sont pas là les seules lésions traumatiques qui menacent les femmes en couches.

A la vérité, celles que j'ai encore à mentionner sont loin de présenter le degré d'importance des précédentes ; elles ne font plus partie intégrante de l'art obstétrical. Elles peuvent, en effet, se présenter dans les circonstances les plus diverses, et ne sont même pas l'apanage exclusif du sexe féminin. Je veux parler des lésions nombreuses produites par l'effort, et qui peuvent accidentellement se manifester pendant la parturition, non pas comme conséquence naturelle de cet acte, mais parce qu'il s'accompagne d'efforts souvent très-considérables.

On trouve dans les annales de la science un certain nombre d'observations de lésions produites, chez les femmes en couches, par les efforts auxquels elles se livraient pour se débarrasser du produit de la conception. Mon intention était d'abord de les catégoriser et d'en faire autant de chapitres séparés. Mais, d'un côté, le nombre restreint d'observations que j'ai pu me procurer ; de l'autre, la cause commune de toutes ces lésions et les indications communes qui les dominent, m'ont déterminé à me borner à une simple énumération des faits. J'aurai de cette façon l'avantage d'éviter des répétitions toujours fastidieuses, et je n'aurai pas à écrire des chapitres de chirurgie, bien mieux placés dans les traités de pathologie, et aux-

quels je dois seulement emprunter ce qui touche directement à mon sujet.

L'imminence de ces lésions (et cette imminence existe chez toutes les femmes atteintes de maladies que les efforts peuvent aggraver, comme anévrysmes, maladies du cœur, emphysèmes du poumon, etc. etc.), l'imminence de ces lésions, dis-je, facile à reconnaître aux maladies qui la constituent, fait naître une indication prophylactique importante : c'est d'engager la femme à ne pas pousser, ou à pousser le moins possible ; c'est de l'empêcher de faire valoir ses douleurs. Il faut lui venir en aide par tous les moyens que l'art peut suggérer. Suivant les circonstances, suivant les conditions, on aura recours soit à la version, soit au forceps. Et même, si l'on était consulté, non pas alors que le travail est établi, mais pendant la grossesse, on pourrait songer, en certains cas de graves affections du cœur, par exemple, à l'avortement provoqué, ou mieux, à l'accouchement prématuré, comme l'a fait avec un plein succès pour la mère et pour l'enfant M. Dubreuilh, de Bordeaux, chez une femme qu'une maladie du cœur, causant de fréquentes syncopes, avait conduite aux portes du tombeau (1).

L'accident une fois produit, on doit le traiter comme on le ferait en temps ordinaire, sauf la nécessité de remplir tout d'abord l'indication dominante, de mettre un terme aux efforts, en terminant l'accouchement.

Le pronostic de ces lésions est variable. Quelques-unes sont nécessairement mortelles : la rupture du cœur, par exemple, ou celle d'un anévrysme siégeant sur un gros tronc vasculaire dans une cavité splanchnique. La rupture du diaphragme est presque aussi grave, bien que par analogie avec ce qui s'est passé dans un autre cas, on puisse admettre avec une pareille lésion non pas, certes, la guérison, mais la persistance d'une vie plus ou moins pénible, plus ou moins précaire, plus ou moins souffreteuse. Pour les autres

(1) *L'Union médicale* du 21 février 1854.

lésions, tout dépend des circonstances particulières, qui rendent le pronostic trop variable pour qu'il soit possible d'en rien dire de général.

Voici maintenant l'énumération des faits que j'ai pu recueillir.

§ I[er]. RUPTURES MUSCULAIRES ET DÉPLACEMENTS VISCÉRAUX. — Dans les *Mémoires de M[me] Lachapelle*, t. 3, p. 85, on trouve une note ainsi conçue : « J'aurais pu également faire mention d'un accident que j'ai observé deux fois : c'est la rupture de l'un des muscles psoas dans les efforts de l'accouchement, et celle de l'un des muscles droits dans la même circonstance. Ces accidents ont été mortels; mais ils sont tellement rares, qu'ils ne peuvent être cités que comme faits curieux. La pratique n'en peut rien déduire. » Chaussier parle aussi de ces ruptures (1).

Certaines hernies peuvent se produire par suite des efforts de l'accouchement. Ce sont surtout des hernies avec éventration de la ligne blanche et des hernies diaphragmatiques; celles-ci peuvent se produire en même temps qu'une rupture du diaphragme.

« Une jeune dame, au fort des douleurs de l'enfantement, et s'efforçant d'étouffer ses cris, voit, de son lit, tomber à la renverse, son mari, qui, dans la même chambre, était assis sur une chaise, devant le feu. Elle pousse un cri plaintif, articule quelques mots d'une voix éteinte, et expire aussitôt, donnant le jour à un fils bien portant. L'inspection du cadavre montra le diaphragme déchiré obliquement et en franges dans la partie charnue du côté gauche et dans l'étendue de 5 pouces; l'estomac était déjà aux deux tiers passé dans la poitrine, entraînant avec lui l'épiploon et une anse du colon » (2).

---

(1) *Bulletin de la Faculté*, 1819, p. 34 (cité par M. Velpeau).

(2) Percy, article *Diaphragme* du *Dictionnaire des sciences médicales* (cité par M. Jarjavay).

Au rapport de La Peyronie, une hernie crurale est survenue pendant les efforts de l'accouchement. Si des hernies existent chez une femme en couches, elles peuvent s'étrangler pendant le travail. Si ces hernies sont réductibles, il faut, pour éviter l'étranglement, les réduire et les faire maintenir réduites par un aide intelligent ; si elles sont anciennes et irréductibles, on les soutiendra le plus exactement possible, pour empêcher que de nouvelles portions de viscères ne viennent augmenter l'importance de la tumeur. Il faut, au reste, conseiller à la femme de modérer le plus possible ses efforts. Au moindre symptôme d'aggravation qui se manifesterait du côté de la hernie, il faudrait terminer l'accouchement soit par le forceps, soit par la version, dès que les conditions de ces opérations existeraient.

§ II. Ruptures sur l'appareil respiratoire. — J'emprunte à un remarquable travail de M. Jarjavay (1) le passage suivant :

« On sait que, pendant les efforts, l'air contenu dans les poumons acquiert un certain degré de tension ; or cette tension est quelquefois si grande, que le gaz peut rompre les parois qui l'emprisonnent.

« L'accident a été vu pendant les efforts de l'accouchement, de la toux. Pendant une très-forte douleur accompagnée d'une violente contraction de toutes les puissances expiratoires et de cris perçants, j'aperçus, dit M. J. Cloquet, une tumeur qui se manifestait entre les deux muscles sterno-mastoïdiens immédiatement derrière l'extrémité supérieure du sternum. Bientôt cette tumeur, évidemment emphysémateuse, crépitante, s'étendit le long de ces muscles jusqu'à la région parotidienne ; le gonflement gagna la joue, les paupières, et en moins d'un quart d'heure, le cou et la face se trouvèrent au même niveau (2). Sur trois femmes en couches, qui toutes étaient pri-

---

(1) J.-F. Jarjavay, *De l'Influence des efforts sur la production des maladies chirurgicales*; 1847.

(2) J. Cloquet, *De l'Influence des efforts sur les organes renfermés dans la cavité horacique*, p. 34 ; 1820.

mipares, les efforts du travail causèrent un emphysème au cou, sans qu'aucune des malades ait ressenti de douleur dans l'intérieur de la poitrine ni au niveau de la trachée-artère. C'était un emphysème du poumon, que M. Depaul constata par l'autopsie d'une femme qui, pendant un travail laborieux, fut prise tout à coup d'une grande anxiété et d'une gêne extrême dans la respiration. »

M. Velpeau rapporte que MM. Jourdain (1) et Campbell (2) ont publié chacun un exemple d'emphysème survenu par suite d'une éraillure de la trachée. Dans l'un, le cou était seul intéressé (goître aérien); dans le second, l'emphysème siégeait à la poitrine et au cou.

§ III. Ruptures sur l'appareil circulatoire.—*Cœur*. M. Bryant, cité par M. Velpeau, a relaté l'obervation d'une hémorrhagie utérine modérée, pendant laquelle la malade mourut subitement. Cette mort subite, que n'expliquait pas le peu d'abondance de la perte, fut causée par une rupture du cœur (3).

Anévrysmes. Les anévrysmes qui siégent sur de gros troncs artériels sont toujours des maladies graves. La grossesse les rend plus dangereuses encore par la gêne qu'elle apporte dans la circulation. Des observations nombreuses de morts subites par la rupture de poches anévrysmales pendant les efforts démontrent très-bien la possibilité d'un pareil accident pendant le travail de la parturition.

Ecchymoses. Dans son cours du 21 avril 1854, M. Broca, agrégé de la Faculté, a fait mention d'ecchymoses des paupières survenues pendant les efforts de l'accouchement. M. J. Cloquet, cité par M. Jar-

---

(1) *Annal. de la méd. physiol.*

(2) *Biblioth. médic.*, 1826, t. 2, p. 279.

(3) Velpeau, *Traité complet de l'art des accouchements*, t. 2, p. 92, 3e édition; 1836. — Bryant, *The Lancet*, 1828; vol. 1, p. 897.

javay, rapporte le fait suivant : « Pendant qu'une malheureuse femme faisait des efforts inouïs pour accoucher, sa face s'injecta fortement, les conjonctives se couvrirent d'ecchymoses » (1). M. Jarjavay m'a parlé d'une dame qu'il a assistée, et dont la face se constella tout à coup d'une foule de petites ecchymoses pendant un violent effort.

Épanchements. Des épanchements pulmonaires ont été quelquefois observés, et ont produit la mort de la malade; il existe aussi un certain nombre d'exemples d'épanchements cérébraux pendant l'accouchement.

Au rapport de Richter (Jarjavay, thèse citée, page 28), des femmes en couches peuvent devenir aveugles, par suite d'épanchements de sang dans le cerveau pendant les efforts de l'enfantement, « comme cela est constaté, surtout d'après les observations de Brendel, de Hœchstetter, de Silmuth, et de Schmalz. »

La perte de l'ouïe a été quelquefois la conséquence de ces efforts. Je trouve dans l'*Histoire de la médecine* de Kurt Sprengel, t. 3, page 138, la mention d'un fait de « dureté de l'ouïe suite de grands efforts pour accoucher. » Je ne sais si cet effet doit être rapporté à un épanchement cérébral ou à une rupture du tympan; l'observation appartient à Diomède Cornarus.

§ IV. Goître. — Pendant les efforts de l'accouchement, le corps thyroïde se gorge de liquides, se tuméfie, se gonfle, et peut rester, dit-on, avec une augmentation de volume, qui est parfois très-longue à se dissiper, qui peut se convertir en véritable hypertrophie ou se terminer par des abcès. On peut lire, à ce sujet, une observation que Jean-Louis Petit a prise sur sa propre femme; elle se trouve à la page 432 de ses œuvres complètes (édition de 1848, in-8°).

§ V. Enfin il n'est pas jusqu'à des *fractures* que les efforts

---

(1) Ouvrages cités.

de l'accouchement ne soient susceptibles de produire. Chaussier a vu (1), près d'une jeune femme en couches, le sternum se fracturer sous l'influence des violentes contractions musculaires amenées par le travail. Le même accident s'est représenté depuis à l'observation de MM. Comte et Martin-Saint-Ange (2).

---

(1) Chaussier, *Bulletin de la Faculté*, 1816, p. 34.

(2) *Revue médicale*, t. 4, p. 260; 1827.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — De l'écoulement des fluides élastiques par des orifices et des canaux ; application à l'appareil respiratiore.

Chimie. — Des caractères des phosphates.

Pharmacie. — De l'emploi pharmaceutique du houblon; décrire les différentes préparations dont il fait la base, les comparer entre elles.

Histoire naturelle. — Caractères de la famille des euphorbiacées, et indication des médicaments qu'elle fournit à la matière médicale.

Anatomie — Des muscles qui concourent au mouvement de rotation de la tête.

Physiologie. — De l'accommodation de l'œil pour la vue à diverses distances.

Pathologie interne. — De la fièvre dite puerpérale.

Pathologie externe. — Des fistules à l'anus.

Pathologie générale. — Des rapports qui peuvent être saisis par l'observation entre la composition du sang et les épanchements séreux.

Anatomie pathologique. — Des perforations spontanées.

Accouchements. — L'accouchement prématuré artificiel peut-il être appliqué à d'autres cas que ceux de rétrécissement du bassin?

Thérapeutique. — Des médicaments qui exercent sur la composition du sang une influence évidente.

Médecine opératoire. — De la résection de la tête du fémur.

Médecine légale. — Des signes de la virginité.

Hygiène. — Des premiers soins que réclame l'enfant nouveau-né.

Vu, bon à imprimer.

NÉLATON, Président.

Permis d'imprimer.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

CAYX.